

LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM

درخواست کمک مالی برای شرایط استثنایی، از جمله بحران

بخش 1: معلومات مشتری (فرد با نیازهای خاص نیاز به مراقبت های مداوم)

نام مشتری	سن:	تذکره مشتری:	تلفون مشتری:
-----------	-----	--------------	--------------

نام مراقب فامیل:	ایمیل مراقب فامیل:
------------------	--------------------

ایمیل آدرس مشتری:	شهر:	ایالت:	کودپستی:
-------------------	------	--------	----------

خانه خالی را پر کنید اگر آدرس از زمان آخرین درخواست تغییر کرده است.

تمام موارد را که شامل حال میشود را انتخاب کنید:

واقعه پلان نشده که صحت و مصونیت مشتری را به خطر می اندازد

واقعه پلان نشده که صحت و مصونیت مراقب خانواده را به خطر می اندازد

غیبت ضروری و اجتناب ناپذیر مراقب فامیل بیش از 4 ساعت زمانی که یک مراقب واجد شرایط در دسترس نمی باشد

<input type="checkbox"/> بحران صحت مراقب فامیل <input type="checkbox"/> فیزیکی <input type="checkbox"/> ذهنی <input type="checkbox"/> عاطفی	<input type="checkbox"/> مشتری دارای نیازهای مراقبت فوق العاده بالا و نیاز به نظارت دارد <input type="checkbox"/> طبی / صحت جسمی <input type="checkbox"/> نیازهای رفتاری و / یا عاطفی <input type="checkbox"/> مصونیت شخصی <input type="checkbox"/> خود یا <input type="checkbox"/> دیگران
--	---

توضیح دهید:

در نتیجه مراقبت از مشتری خود را چقدر در "استرس" محسوس می کنید: <input type="checkbox"/> بدون استرس <input type="checkbox"/> کمی استرس <input type="checkbox"/> استرس در حد متوسط <input type="checkbox"/> استرس بسیار <input type="checkbox"/> استرس شدید	در 30-45 روز آینده شما در نظر دارید: <input type="checkbox"/> زندگی با مراقبت / اقامت در تسهیلات پرستاری <input type="checkbox"/> پرورشگاه / اقامت در خانه گروهی <input type="checkbox"/> مراقبت گسترده فامیل توضیح دهید:
--	---

استراحت های کوتاه چگونه به شما و شخصی که از او مراقبت می کنید کمک می کند؟ توضیح دهید:

بخش 2: برنامه استراحت

1. نیازهای فوری استراحت شما چیست؟

a. استراحت های اضافی ماهانه لازم است به دلیل:

• رویداد خاص

i. نیاز های مراقب: (وقفه به دلیل نیاز استثنایی، مراقبت های طبی، رخصتی، و غیره)

ii. کمپ (دریافت کننده مراقبت در یک کمپ به طور خاص برنامه ریزی شده، رویداد CBO، آژانس اجتماعی / فعالیت ارائه دهنده / رویداد، و غیره حضور دارد)

iii. افزایش نیاز های دریافت کننده مراقبت (افزایش حمایت طبی مورد نیاز، جراحی / معاینه طبی، افزایش حمایت رفتاری و غیره)

• بحران کوتاه مدت عاجل

i. مریضی در فامیل که نیاز به حمایت از مراقب و یا مراقب نیاز به حمایت اضافی به دلیل مریضی دارد

ii. غیبت ضروری یا اجتناب ناپذیر مراقب فامیل برای مدت طولانی زمانی که یک مراقب واجد شرایط در دسترس نباشد.

LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM

درخواست کمک مالی برای شرایط استثنایی، از جمله بحران

NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

2. در صورت تایید، چگونه می خواهید از حمایت اضافی استراحت استفاده کنید؟ لطفاً یک طرح را در پایین ارائه دهید که چگونه حمایت مالی که درخواست می کنید مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

بودجه اضافی مورد نیاز ماهانه (در صورت ارائه مبلغ مشخص شده برای ساعت های مورد نیاز / اردوگاه / رویداد زمان معین):

استفاده از حمایت مالی برای یک نیاز خاص (نیاز خاص مصرف حمایت مالی خویش را شرح دهید):

ماه (های) مورد نیاز:

آیا شما نیاز به کمک برای پیدا کردن یک ارائه دهنده دارید: بله نه
لطفاً به respite.ne.gov مراجعه کنید و یا با شماره 1-866-RESPITE تماس بگیرید تا با هماهنگ کننده شبکه محلی برای کمک در پیدا کردن یک ارائه دهنده تماس بگیرید.

نام ارائه دهنده (ها) که به شما یک استراحت موقت می دهد:

نام: _____ ایمیل: _____ تلفن: _____

نام: _____ ایمیل: _____ تلفن: _____

اگر از بودجه که در بالا ذکر شد استفاده نشوند، هماهنگ کننده و کارمند خدمات اجتماعی باید باخبر شوند. بودجه را می توان بر اساس مورد به مورد بررسی کرد، تا در بانک حفظ گردد و در زمان دیگری در طول دوره واجد شرایط بودن مورد استفاده قرار گیرد. این تنها پس از بررسی و تایید توسط دبیرتمنت صورت می گیرد.

بخش 3: استئال

در شش ماه گذشته، آیا یک یا چند مراقب خانواده به دلیل مسئولیت های مراقبت از خانواده بدون معاش نیاز به غیبت از کار داشته اند؟

بله نه مراقب اولیه استخدام نگردیده

اگر بله، چند روز را از دست داده اید؟

بخش 4: توافقی نامه و امضا

من می دانم که اظهارات من ممکن بررسی شود و اگر اظهارات یا معلومات غلطی داده باشم، ممکن است به نقاب متهم شوم.

من می دانم هر زمان که تغییراتی در معلومات که داده ام وجود داشته باشد، باید فوراً آنها را به Nebraska Department of Health & Human Services, Respite Subsidy Program Coordinator، گزارش بدهم.

من می دانم که اگر فکر می کنم که به درخواست من به درستی رسیدگی نشد باشد، حق دارم درخواست تجدید نظر کنم.

من درک می کنم که ممکن Nebraska Department of Health and Human Services برای تعیین واجد شرایط بودن مالی و تأیید نیاز من به حمایتی که درخواست داده ام، یا ارجاع برای کمک به دریافت خدمات، با آژانس ها و افراد دیگر تماس بگیرد. من اجازه انتشار این معلومات محرمانه را میدهم.

بدینوسیله تأیید می کنم که پاسخ من و معلومات ارائه شده در این فورم و هرگونه درخواست مرتبط برای کمک های عمومی درست، کامل و صحیح می باشد و می دانم که این معلومات ممکن برای تأیید حضور قانونی من در ایالات متحده استفاده شود.

امضای نماینده مجاز: تاریخ:

بخش 5: منبع ارجاع

نام / عنوان:	سازمان / آژانس یا فامیل / خویشاوند مشتری:
آدرس:	شهر:
تلفون:	ایمیل:
	ایالت:

LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM

درخواست کمک مالی برای شرایط استثنایی، از جمله بحران

NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

درخواست تکمیل شده ارسال شود به:
ایمیل: dhhs.respite@nebraska.gov

پست الکترونیکی:
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

فکس: (402) 742-8356

سوالات: (402) 471-9188