

## लाइफस्पेन रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्राम (LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM) संकट रेस्पाइटसहित असाधारण परिस्थितिहरूका लागि कोष अनुरोध,

### खण्ड 1: सेवाग्राहीसम्बन्धी जानकारी (विशेष आवश्यकता भएका व्यक्तिलाई निरन्तर हेरचाह चाहिन्छ।)

सेवाग्राहीको नाम:	उमेर:	सेवाग्राहीको आइडी:	सेवाग्राहीको फोन:
-------------------	-------	--------------------	-------------------

पारिवारिक हेरचाहकर्ताको नाम:	पारिवारिक हेरचाहकर्ताको इमेल:
------------------------------	-------------------------------

सेवाग्राही पत्राचार ठेगाना: <input type="checkbox"/> अन्तिम आवेदनपछि ठेगाना परिवर्तन भएको छ वा छैन भनी चिन्ह लगाउनुहोस्।	सहर:	राज्य:	जिप:
---	------	--------	------

लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

- सेवाग्राहीको स्वास्थ्य तथा सुरक्षालाई जोखिममा पुऱ्याउने अनियोजित घटना
- पारिवारिक हेरचाहकर्ताको स्वास्थ्य तथा सुरक्षालाई जोखिममा पुऱ्याउने अनियोजित घटना
- योग्य हेरचाहकर्ता उपलब्ध नभएको अवस्थामा 4 घण्टाभन्दा बढी पारिवारिक हेरचाहकर्ताको तत्काल र अपरिहार्य अनुपस्थिति

<input type="checkbox"/> पारिवारिक हेरचाहकर्ताको स्वास्थ्य संकट <input type="checkbox"/> शारीरिक <input type="checkbox"/> मानसिक <input type="checkbox"/> भावनात्मक	<input type="checkbox"/> सेवाग्राहीलाई असाधारण रूपमा उच्च हेरचाह आवश्यक रेखदेख चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चिकित्सा / शारीरिक स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> व्यवहारात्मक र / वा भावनात्मक आवश्यकताहरू <input type="checkbox"/> आफ्नो <input type="checkbox"/> वा अरूको <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत सुरक्षा
--	--

व्याख्या गर्नुहोस्:

तपाईंले अर्को 30-45 दिनमा निम्न कुरा विचार गर्दै हुनुहुन्छ:

- सहायता प्राप्त जीवनयापन / नर्सिङ सुविधा प्लेसमेन्ट
- फोस्टर हेरचाह / सामूहिक गृह प्लेसमेन्ट
- विस्तारित पारिवारिक हेरचाह

व्याख्या गर्नुहोस्:

सेवाग्राहीको हेरचाहको नतिजाअनुसार तपाईं कतिको "तनाव" मा हुनुहुन्छ:

- बिल्कुल तनाव भएको छैन
- थोरै तनाव भएको छ
- सामान्य रूपमा तनाव भएको छ
- धेरै तनाव भएको छ
- अत्यधिक तनाव भएको छ

छोटो विश्राम लिनुले तपाईंलाई र तपाईंले हेरचाह गर्ने व्यक्तिलाई कसरी मद्दत गर्छ? व्याख्या गर्नुहोस्:

### खण्ड 2: रेस्पाइट योजना

1. तपाईंको तत्कालिन रेस्पाइट आवश्यकताहरू के-के हुन्?

a. अतिरिक्त मासिक रेस्पाइट सहायताको निम्न कारण आवश्यक छ:

- विशेष कार्यक्रमहरू
  - i. हेरचाहकर्ताका आवश्यकताहरू: (असाधारण आवश्यकता, चिकित्सा हेरचाह, बिदा, आदिको कारणले गर्दा हुने विश्राम)
  - ii. क्याम्प (हेरचाह प्राप्तकर्ताले विशेष रूपमा निर्धारित क्याम्प, CBO कार्यक्रम, सामुदायिक एजेन्सी/प्रदायक क्रियाकलाप/कार्यक्रम, आदिमा सहभागी भइरहेको छ)
  - iii. हेरचाह प्राप्तकर्ताको बढ्दो आवश्यकताहरू (बढ्दो चिकित्सा सहायता आवश्यक, शल्यक्रिया/चिकित्सा प्रक्रिया, व्यवहारात्मक सहायता वृद्धि, आदि)
- तत्काल अल्पकालीन संकट
  - i. परिवारमा बिरामी भएको हुँदा हेरचाहकर्ताको सहयोग चाहिन्छ वा हेरचाहकर्तालाई बिरामीको कारणले गर्दा थप सहयोग चाहिन्छ
  - ii. योग्य हेरचाहकर्ता उपलब्ध नभएको अवस्थामा विस्तारित अवधिका लागि पारिवारिक हेरचाहकर्ताको अनियोजित तत्काल वा अपरिहार्य अनुपस्थिति।

# लाइफस्पेन रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्राम (LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM)

## संकट रेस्पाइटसहित असाधारण परिस्थितिहरूका लागि कोष अनुरोध,

2.. स्वीकृत भएमा तपाईंले कसरी अतिरिक्त रेस्पाइट सहायता प्रयोग गर्ने योजना बनाउनुहुन्छ? कृपया तपाईंले अनुरोध गरिरहनुभएको कोष कसरी प्रयोग गरिने छ भनी तलको रूपरेखा उपलब्ध गराउनुहोस्।

अतिरिक्त कोष मासिक आवश्यक छ (निर्दिष्ट रकम घण्टाका आवश्यक/क्याम्प/ विश्राम कार्यक्रमका लागि प्रदान गरिएको छ):

विशेष आवश्यकताका लागि कोषको उपयोग (कोषहरू लागू गरिने विशिष्ट आवश्यकताको रूपरेखा):

आवश्यक महिना(हरू):

तपाईंलाई प्रदायक फेला पार्न मद्दत चाहिन्छ:  हो  होइन

कृपया [respite.ne.gov](http://respite.ne.gov) मा जानुहोस् वा 1-866-RESPITE मा फोन गर्नुहोस् र रेस्पाइट प्रदायक खोज्नका लागि स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क संयोजक (local Respite Network Coordinator) लाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

तपाईंलाई अस्थायी विश्राम दिने प्रदायक(हरू) को नाम:

नाम: \_\_\_\_\_ इमेल: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ इमेल: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

माथि उल्लेख गरिए अनुसार कोषहरू प्रयोग गरिएन भने रेस्पाइट संयोजक र सामाजिक सेवा कार्यकर्तालाई सूचित गर्न आवश्यक हुने छ। योग्यता अवधिको समयमा अर्को समय प्रयोग गर्नका लागि बैंक गरिएका कोषहरू मामिलाका आधारमा समीक्षा गर्न सकिन्छ। यो विभागद्वारा समीक्षा र स्वीकृतिपछि मात्र हो।

### खण्ड 3: रोजगारी

गत छ महिनामा, एक वा सोभन्दा धेरै पारिवारिक हेरचाहकर्ताहरूले भुक्तानी नगरिएको पारिवारिक हेरचाह गर्ने जिम्मेवारीहरूको कारणले काम छुटाउनु परेको छ?

हो  होइन  प्राथमिक हेरचाहकर्ता कार्यरत छैन

हो भने तपाईंले कति दिन छुटाउनुभयो?

### खण्ड 4: सम्झौता तथा हस्ताक्षर

म मेरो बयान जाँच गर्न सक्छु र मैले गलत बयान वा जानकारी दिएको छु भने मलाई जालसाजीको दोषी पाउन सकिन्छ भन्ने कुरा बुझ्छु।

मैले दिएको जानकारीमा परिवर्तनहरू हुँदा मैले तुरुन्तै नेब्रास्का स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (Nebraska Department of Health & Human Services), रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्राम संयोजक (Respite Subsidy Program Coordinator) लाई रिपोर्ट गर्नुपर्छ भन्ने कुरा मैले बुझ्छु।

मैले मेरो अनुरोध सही रूपमा ह्यान्डल गरिएको छैन भने मसँग अपिल दायर गर्ने अधिकार छ भन्ने कुरा म बुझ्छु।

नेब्रास्का स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागले मेरो आर्थिक योग्यता निर्धारण गर्न र मैले आवेदन गरिरहेको सहायताका लागि मेरो आवश्यकता प्रमाणित गर्न वा मलाई सेवाहरू प्राप्त गर्न मद्दत गर्नका लागि रेफरलहरू गर्न अन्य एजेन्सी र व्यक्तिहरूलाई सम्पर्क गर्न आवश्यक हुन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। म यो गोप्य जानकारी खुलासा गर्न अधिकार प्रदान गर्छु।

म यसद्वारा मेरो प्रतिक्रिया र यस फाराममा उपलब्ध गरिएका जानकारी र सार्वजनिक लाभहरूका लागि कुनै पनि सम्बन्धित आवेदन सत्य, पूरा र सही छ भनी प्रमाणित गर्छु र म यो जानकारी संयुक्त राज्यमा मेरो कानुनी उपस्थिति प्रमाणित गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ भनेर बुझ्छु।

आधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर:

मिति:

### खण्ड 5: रेफरल स्रोत

नाम / शीर्षक:

संस्था / एजेन्सी वा सेवाग्राहीसँगको नाता:

ठेगाना:

सहर:

राज्य:

फोन:

इमेल:

**लाइफस्पेन रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्राम  
(LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM)**  
संकट रेस्पाइटसहित असाधारण परिस्थितिहरूका लागि कोष अनुरोध,

---

तल रहेको ठेगानामा पूरा भएको आवेदन पठाउनुहोस्:

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

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

**फ्याक्स:** 402) 742-8356

**प्रश्नहरू छन्:** (402) 471-9188