

## د ژوند د اوږدو د رخصتۍ مالي ملاتړ کوونکي پروگرام (LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM)

د بحران اړوند رخصتۍ په شمول د استثنایي حالاتو لپاره د تمویل غوښتنه

### 1 برخه: د پېرودونکي معلومات (په ځانګړي اړتیاوې لرونکي چې اوږد مهاله پاملرنې ته اړتیا لري.)

د پېرودونکي نوم:	عمر:	د پېرودونکي ID:	د پېرودونکي تېلېفون:
د کورنۍ لخوا د پاملرنې کوونکي نوم:		د کورنۍ د پاملرنې کوونکي بریښنالیک:	
د پېرودونکي پوستي پته:	ښار:	ایالت:	زیپ کوډ:
<input type="checkbox"/> وګورئ چې آیا پته د وروستي غوښتنلیک راهیسي بدله شوي.			
<p>ټول هغه څه په نښه کړئ چې پلي کیږي:</p> <input type="checkbox"/> نه پلان شوي پېښه چې د پېرودونکي روغتیا او خوندیتوب له خطر سره مخ کوي. <input type="checkbox"/> نه پلان شوي پېښه چې د کورنۍ لخوا د پاملرنې کوونکي روغتیا او خوندیتوب له خطر سره مخ کوي. <input type="checkbox"/> د کورنۍ لخوا د پاملرونکي د 4 ساعتونو څخه ډېر سمدستي او ناګزیر نشتوالی کله چې ور پاملرونکي شتون ونلري.			
د کورنۍ لخوا د پاملرنې کوونکي روغتیايي بحران		<input type="checkbox"/> پېرودونکي بې ساري لوري د پاملرنې اړتیاوې لري کومو لپاره چې نظارت اړین دی. <input type="checkbox"/> طبي / فزیکي روغتیا <input type="checkbox"/> چلندي او / یا احساساتي اړتیاوې <input type="checkbox"/> ځاني خوندیتوب <input type="checkbox"/> د ځان یا <input type="checkbox"/> د نورو خلکو	
<input type="checkbox"/> فزیکي <input type="checkbox"/> ذهني <input type="checkbox"/> احساساتي			

څرګند بې کړئ:

په راتلونکو 30-45 ورځو کې تاسو په پام کې لرئ:	<input type="checkbox"/> مرستندويه ژوند / د نرسنگ مرکز کې ځای پر ځای کول <input type="checkbox"/> د پالونکي پاملرنې / د ډلي کور کې ځای پر ځای کول <input type="checkbox"/> د کورنۍ پراخه پاملرنه څرګند بې کړئ:
تاسو د پېرودونکي پاملرنې په پایله کې څومره "انډینین" یاست:	<input type="checkbox"/> هیڅکله انډینین نه <input type="checkbox"/> ډېر لږ انډینین <input type="checkbox"/> په متوسط توګه انډینین <input type="checkbox"/> ډېر انډینین <input type="checkbox"/> خورا ډېر انډینین

ځنګه د لنډې وقيې اخیستل به تاسو او هغه کس سره مرسته وکړي چې تاسو یې پاملرنه کوئ؟ څرګند بې کړئ:

### 2 برخه: د رخصتۍ پلان

1. ستاسو د رخصتۍ فوري اړتیاوې څه دي؟

a. د رخصتۍ اضافي میاشتني مرستې له دې امله اړین دي:

- ځانګړي پېښه
  - د پاملرنې کوونکي اړتیاوې: (د استثنایي اړتیاوو، طبي پاملرنې، رخصتۍ او نورو مواردو له امله وقفه).
  - کمپ (د پاملرنې ترلاسه کوونکي په ځانګړي توګه ټاکل شوي کمپ کې، د CBO پېښه کې، د ټولني ادارې/ وړاندي کوونکي لخوا فعالیت/پېښه کې او نور څه کې برخه اخلي).
  - د پاملرنې ترلاسه کوونکي زیاتي شوي اړتیاوې (زیات طبي ملاتړ اړین دی، جراحي/ طبي پروسیجر، د چلند ملاتړ کې زیاتوالی، او نور).
- لنډ مهاله فوري بحران
  - په کورنۍ کې هغه ناروغي چې د پاملرنې کوونکي ملاتړ ته اړتیا لري او یا پاملرنه کوونکي د ناروغي له امله اضافي ملاتړ ته اړتیا لري.
  - د کورنۍ لخوا د پاملرونکي د اوږدې مودې لپاره بې پلانه سمدستي او یا ناګزیر نشتوالی کله چې ور پاملرونکي شتون ونلري.

# د ژوند د اوږدو د رخصتی مالي ملاتړ کوونکی پروگرام (LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM)

## د بحران اړوند رخصتی په شمول د استثنایي حالاتو لپاره د تمویل غوښتنه

2. که منظور کرل شي، نو تاسو د اضافي رخصتی ملاتړ د څنگه کارولو پلان لرئ؟ مهرباني وکړئ لاندې پدې اړه یو لنډیز چمتو کړئ چې هغه تمویلونه چې تاسو یې غوښتنه کوئ څنگه به وکارول شي.

اضافي تمویلونه چې ورته میاشتنی اړتیا ده (که چیرې ټاکل شوی مقدار د اړتیا ساعتونو/کمپ/رخصتی د پېښې لپاره چمتو شوي وي):

د یوې ځانګړې اړتیا لپاره د تمویلونو کارول (هغه ځانګړې اړتیا په نښه کړئ چې تمویلونه به ورته پلي شي):

میاشت یا میاشتنی چې ورته اړتیا ده:

آیا تاسو د یو وړاندې کوونکي په موندلو کې مرستی ته اړتیا لرئ:  هو  نه

مهرباني وکړئ [respite.ne.gov](http://respite.ne.gov) وګورئ یا 1-866-RESPITE ته زنگ ووهئ ترڅو د ځایي د رخصتی د شبکې همغږي کوونکي (Respite Network Coordinator) سره اړیکه ونیسئ ترڅو د رخصتی وړاندې کوونکي موندلو کې تاسو سره مرسته وکړي.

د هغه وړاندې کوونکي نوم څوک چې به تاسو ته لند مهاله وقفه درکوي:

نوم: \_\_\_\_\_ ایمیل: \_\_\_\_\_ تلیفون: \_\_\_\_\_

نوم: \_\_\_\_\_ ایمیل: \_\_\_\_\_ تلیفون: \_\_\_\_\_

که چیرې تمویلونه په هغه طریقه ونه کارول شي لکه څنگه چې پورته ښودل شوي، نو د رخصتی همغږي کوونکي او د ټولنیزو خدماتو کارمند باید خبر کرل شي. تمویلونه د قضیې پر اساس بیاکتنه کېدای شي، تر څو چې نڅېره شي او د وړتیا د دورې په جریان کې په بل وخت کې وکارول شي. دا یوازې د دېپارټمنټ لخوا د بیاکتنې او تصویب وروسته دی.

### برخه 3: ګمارنه

په تېرو شپږو میاشتو کې، آیا یو یا ډېر د کورنۍ پاملرنې کوونکو د کورنۍ لخوا د نه تادیه شوي پاملرنې د مسؤلینو له امله کار له لاسه ورکولو ته اړتیا درلوده؟

هو  نه  لومړنۍ پاملرنه کوونکي ندی ګمارل شوی

که هو، تاسو څو ورځې له لاسه ورکړي؟

### 4 برخه: موافقه او لاسلیک

زه پوهېږم چې زما څرګندونې ممکن وبه کتل شي، او که ما غلطې څرګندونې یا معلومات ورکړي وي، نو زه ممکن د درغلی مجرم وټاکل شم.

زه پوهېږم هرکله چې په هغه معلوماتو کې چې ما ورکړي بدلونونه شتون ولري، زه باید د هغو په اړه سمدستي د Nebraska د روغتیا او بشري خدماتو دېپارټمنټ (Nebraska Department of Health & Human Services) د مالي سېسټم پروګرام همغږي کوونکي ته راپور ورکړم.

زه پوهېږم که زه فکر کوم چې زما غوښتنه په سمه توګه نه اداره کېږي، نو زه د استیناف غوښتنه کولو حق لرم.

زه پوهېږم چې Nebraska Department of Health and Human Services ممکن اړتیا ولري له نورو ادارو او کسانو سره اړیکه ونیسي ترڅو زما مالي وړتیا مشخص کړي او د هغه ملاتړ لپاره زما اړتیا تایید کړي چې زه یې غوښتنه کوم، او یا مراجعې وکړي ترڅو د خدماتو په ترلاسه کولو کې زما سره مرسته وکړي. زه د دې محرم معلوماتو د خپرولو اجازه ورکړم.

زه دلته تصدیق کوم چې زما ځواب او کوم معلومات چې په دې فورمه کې او د عامه ګټو لپاره کوم اړوند غوښتنلیک کې وړاندې شوي دي، رېښتیني، بشپړ او دقیق دي، او زه پوهېږم چې دا معلومات ممکن په متحده ایالاتو کې زما قانوني شتون تاییدولو لپاره وکارول شي.

د مجاز استازي لاسلیک:

نېټه:

### 5 مه برخه: د راجع کولو سرچینه

نوم / سرلیک:	سازمان / اداره یا د پېرودونکي سره اړیکه:
پته:	ښار:
تلیفون:	برېښنالیک:

د ژوند د اوږدو د رخصتي مالي ملاتړ کوونکی پروگرام  
(LIFESPAN RESPITE SUBSIDY PROGRAM)

د بحران اړوند رخصتي په شمول د استثنايي حالاتو لپاره د تمویل غوښتنه

NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

بشپړ شوی غوښتنلیک دی ته واستوی:

د پښنا لیک  
dhhs.respite@nebraska.gov

پوسټي پته: 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

پوښتنی: (402) 471-9188