

## ПРОГРАМА СУБСИДІЙ НА ОПЛАТУ ПЕРЕПОЧИНКУ LIFESPAN RESPITE SUBSIDY

Запит на отримання фінансування за виняткових обставин, включаючи перепочинок при виникненні кризової ситуації

### РОЗДІЛ 1: Інформація про клієнта(Особа з особливими потребами, якій необхідний постійний догляд).

Ім'я та прізвище клієнта:	Вік:	Ідентифікатор клієнта:	Телефон клієнта:
---------------------------	------	------------------------	------------------

Ім'я та прізвище особи, що здійснює догляд за членом родини:	Електронна пошта особи, що здійснює догляд за членом родини:
--	--

Поштова адреса клієнта: <input type="checkbox"/> Перевірте, чи не змінилася адреса з моменту останньої заявки.	Місто:	Штат:	Поштовий індекс:
---	--------	-------	------------------

Позначте всі застосовні варіанти відповідей:

- незапланована подія, яка ставить під загрозу здоров'я та безпеку клієнта;
- незапланована подія, яка ставить під загрозу здоров'я та безпеку особи, що здійснює догляд за членом родини;
- безпосередня і неминуча відсутність особи, що здійснює догляд за членом родини більше 4 годин, коли кваліфікований доглядач недоступний

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Проблема зі здоров'ям особи, яка здійснює догляд за членом родини <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> фізична;</li> <li><input type="checkbox"/> психічна;</li> <li><input type="checkbox"/> емоційна.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Клієнт має надзвичайно високі потреби у догляді і потребує нагляду в тому, що стосується <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> медичного догляду / фізичного здоров'я;</li> <li><input type="checkbox"/> поведінкових та/або емоційних потреб;</li> <li><input type="checkbox"/> особистої безпеки <input type="checkbox"/> себе або <input type="checkbox"/> інших.</li> </ul> |
|--|--|

Поясніть:

У найближчі 30-45 днів ви плануєте наступне? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> розміщення в будинку для людей з обмеженими фізичними можливостями / закладі сестринського догляду;</li> <li><input type="checkbox"/> розміщення у прийомній родині / інтернаті для інвалідів;</li> <li><input type="checkbox"/> догляд іншими родичами.</li> </ul> Поясніть:	Який рівень стресу ви відчуваєте в результаті догляду за клієнтом: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> жодного стресу;</li> <li><input type="checkbox"/> легкий стрес;</li> <li><input type="checkbox"/> помірний стрес;</li> <li><input type="checkbox"/> сильний стрес;</li> <li><input type="checkbox"/> надзвичайно сильний стрес.</li> </ul>
--	---

Як короткі перерви ДОПОМОЖУТЬ вам і людині, яку ви доглядаєте? Поясніть:

### РОЗДІЛ 2: План перепочинку

1. Які ваші нагальні потреби у перепочинку?

а. Додатковий щомісячний перепочинок, необхідний у зв'язку з наступним:

- особлива подія;
  - i. потреби особи, що здійснює догляд: (перерва у зв'язку з винятковою необхідністю, медичною допомогою, відпусткою тощо)
  - ii. табір (отримувач послуг відвідує спеціально запланований табір, захід громадської організації, діяльність/захід громадської організації/постачальника послуг тощо).
  - iii. збільшення потреб отримувача допомоги (збільшення потреби в медичній підтримці, операція/медична процедура, збільшення поведінкової підтримки тощо).
- Негайна короткострокова криза:
  - i. хвороба особи, що здійснює догляд в сім'ї, яка потребує підтримки, або особа, що здійснює догляд, потребує додаткової підтримки через хворобу;
  - ii. незапланована негайна або неминуча відсутність особи, що здійснює догляд за членом родини, протягом тривалого періоду, коли кваліфікований доглядач недоступний.

## ПРОГРАМА СУБСИДІЙ НА ОПЛАТУ ПЕРЕПОЧИНКУ LIFESPAN RESPITE SUBSIDY

**Запит на отримання фінансування за виняткових обставин, включаючи перепочинок при виникненні кризової ситуації**

2. В разі затвердження, як ви плануєте використовувати додаткову підтримку щодо надання перепочинку? Надайте нижче короткий опис того, як будуть використані кошти, за якими ви звертаєтесь.

Додаткові кошти, необхідні щомісяця (якщо вказана сума передбачена для оплати необхідних годин/табору/заходу з перепочинку):

Використання коштів на конкретну потребу (окресліть конкретну потребу, на яку будуть спрямовані кошти):

В який(-і) місяць(-і) потрібна підтримка:

Вам потрібна допомога у пошуку постачальника:  Так  Ні

Відвідайте сайт [respite.ne.gov](http://respite.ne.gov) або зателефонуйте за номером 1-866-RESPITE, щоб зв'язатися з місцевим координатором мережі Respite Network, який допоможе вам знайти постачальника послуг перепочинку.

Ім'я постачальника(-ів) послуг, який(-і) надасть(-уть) вам тимчасову перерву:

Ім'я та прізвище: \_\_\_\_\_ Ел. пошта: \_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище: \_\_\_\_\_ Ел. пошта: \_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_

Якщо кошти не будуть використані, як зазначено вище, необхідно повідомити про це координатора з перепочинку та соціального працівника. У кожному конкретному випадку може бути розглянута можливість зарахування коштів у банк для використання в інший час протягом періоду, в який ви будете зберігати відповідність вимогам програми. Це можливо лише після розгляду цього питання та схвалення Департаментом.

### РОЗДІЛ 3: Зайнятість

За останні шість місяців чи доводилося одному або декільком членам родини пропускати роботу через неоплачувані обов'язки по догляду за членом родини?

Так  Ні  Основна особа, що здійснює догляд, не працює

Якщо так, то скільки днів ви пропустили?

### РОЗДІЛ 4: Надання згоди та підписання документу

Я розумію, що мої заяви можуть бути перевірені, і якщо я надам неправдиву інформацію, мене можуть визнати винним(-ою) в шахрайстві.

Я розумію, що в разі зміни наданої мною інформації я повинен(-на) негайно повідомити про це Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення штату Небраска (Nebraska Department of Health & Human Services), Координатора програми субсидій на оплату перепочинку.

Я розумію, що маю право подати апеляцію, якщо я вважаю, що мій запит не був розглянутий належним чином.

Я розумію, що Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення штату Небраска може знадобитися зв'язатися з іншими установами та особами для визначення мого фінансового права та перевірки моєї потреби в підтримці, на яку я претендую, або для направлення мене до інших джерел отримання послуг. Я дозволяю розкривати цю конфіденційну інформацію.

Цим я підтверджую, що мої відповіді та інформація, надані в цій формі та будь-якій пов'язаній з нею заяві на отримання державної допомоги, є правдивими, повними і точними, і я розумію, що ця інформація може бути використана для перевірки законності мого перебування у Сполучених Штатах.

Підпис уповноваженої особи:

Дата:

### РОЗДІЛ 5: Джерело направлення

Ім'я та прізвище / посада:	Організація / агентство або відношення до клієнта:	
Адреса:	Місто:	Штат:
Телефон:	Ел. пошта:	

**NEBRASKA**

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

## **ПРОГРАМА СУБСИДІЙ НА ОПЛАТУ ПЕРЕПОЧИНКУ LIFESPAN RESPITE SUBSIDY**

**Запит на отримання фінансування за виняткових обставин, включаючи  
перепочинок при виникненні кризової ситуації**

---

**Надішліть заповнену заяву на адресу:**

**Ел. пошта:** [dhhs.respite@nebraska.gov](mailto:dhhs.respite@nebraska.gov)

**Пошта:** 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

**Факс:** (402) 742-8356

**Питання:** (402) 471-9188