

## CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP CHĂM SÓC THAY THỂ TRỌN ĐỜI

**Yêu Cầu Trợ Cấp cho các Trường Hợp Đặc Biệt, bao gồm cả Chăm Sóc Thay Thể Khi Gặp Khủng Hoảng**

### PHẦN 1: Thông Tin Khách Hàng (Người có nhu cầu đặc biệt cần được chăm sóc không gián đoạn.)

Tên Khách Hàng:	Tuổi:	ID Khách Hàng:	Số Điện Thoại Khách Hàng:
-----------------	-------	----------------	---------------------------

Tên Người Chăm Sóc Gia Đình:	Email của Người Chăm Sóc Gia Đình:
------------------------------	------------------------------------

Địa Chỉ Gửi Thư của Khách Hàng: <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô nếu địa chỉ đã thay đổi kể từ lần nộp đơn gần nhất.	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
--	------------	------------	--------------

Đánh dấu tất cả phương án phù hợp:

- Sự kiện ngoài ý muốn gây nguy hiểm cho sức khỏe và sự an toàn của Khách Hàng
- Sự kiện ngoài ý muốn gây nguy hiểm cho sức khỏe và sự an toàn của Người Chăm Sóc Gia Đình
- Sự vắng mặt ngay lập tức và không thể tránh khỏi của Người Chăm Sóc Gia Đình hơn 4 giờ khi không có người chăm sóc đủ tiêu chuẩn

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Khủng hoảng sức khỏe của Người Chăm Sóc Gia Đình<br><input type="checkbox"/> Thể chất<br><input type="checkbox"/> Tinh thần<br><input type="checkbox"/> Cảm xúc | <input type="checkbox"/> Khách hàng có nhu cầu chăm sóc đặc biệt cao cần được giám sát<br><input type="checkbox"/> Sức Khỏe Y Tế / Thể Chất<br><input type="checkbox"/> Nhu Cầu Hành Vi và / hoặc Cảm Xúc<br><input type="checkbox"/> An Toàn Cá Nhân của <input type="checkbox"/> Bản Thân hoặc <input type="checkbox"/> Người Khác |
|--|--|

Giải thích:

- Trong 30-45 ngày tới, quý vị có xem xét về:
- Sắp Xếp Hỗ Trợ Sinh Hoạt / Cơ Sở Dưỡng Lão
  - Sắp Xếp Chăm Sóc Tạm Thời / Nhà Sinh Hoạt Cộng Đồng
  - Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà Mở Rộng

Giải thích:

- Quý vị "căng thẳng" đến mức nào khi chăm sóc khách hàng:
- Không hề căng thẳng
  - Hơi căng thẳng
  - Căng thẳng vừa phải
  - Rất căng thẳng
  - Vô cùng căng thẳng

Khoảng thời gian nghỉ ngơi ngắn sẽ GIÚP quý vị và người quý vị chăm sóc như thế nào? Giải thích:

### PHẦN 2: Kế Hoạch Chăm Sóc Thay Thế

1. Nhu cầu chăm sóc thay thế trước mắt của quý vị là gì?
  - a. Cần bổ sung hỗ trợ chăm sóc thay thế hàng tháng do:
    - Sự kiện đặc biệt
      - i. Nhu cầu của người chăm sóc: (nghỉ ngơi do nhu cầu đặc biệt, chăm sóc y tế, kỳ nghỉ, v.v.)
      - ii. Hội trại (người nhận chăm sóc đang tham dự hội trại được lên lịch cụ thể, sự kiện CBO, hoạt động/sự kiện của Cơ Quan Cộng Đồng/nhà cung cấp dịch vụ, v.v.)
      - iii. Nhu cầu gia tăng của người nhận chăm sóc (tăng hỗ trợ y tế cần thiết, phẫu thuật / thủ thuật y khoa, tăng hỗ trợ hành vi, v.v.)
    - Khủng hoảng ngắn hạn trước mắt
      - i. Gia đình mắc bệnh cần sự hỗ trợ của người chăm sóc hoặc người chăm sóc cần hỗ trợ thêm do bệnh tật
      - ii. Sự vắng mặt không thể tránh khỏi hoặc ngay lập tức ngoài ý muốn của Người Chăm Sóc Gia Đình trong một thời gian dài khi không có người chăm sóc đủ tiêu chuẩn.

**CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP CHĂM SÓC THAY THỂ TRỌN ĐỜI****Yêu Cầu Trợ Cấp cho các Trường Hợp Đặc Biệt, bao gồm cả Chăm Sóc Thay Thể Khi Gặp Khủng Hoảng**

2. Nếu được phê duyệt, quý vị dự định sử dụng hỗ trợ chăm sóc thay thế bổ sung như thế nào? Vui lòng cung cấp khái quát cách quý vị sẽ sử dụng trợ cấp mình đang yêu cầu ở bên dưới.

Trợ Cấp Bổ Sung cần thiết hàng tháng (nếu số tiền cụ thể được cung cấp cho số giờ cần thiết/hội trại/sự kiện chăm sóc thay thế):

Sử dụng trợ cấp cho nhu cầu cụ thể (khái quát nhu cầu cụ thể mà trợ cấp sẽ được sử dụng):

(Các) tháng cần thiết:

Quý vị có cần hỗ trợ tìm Nhà Cung Cấp không:  Có  Không

Vui lòng truy cập [respite.ne.gov](http://respite.ne.gov) hoặc gọi 1-866-RESPITE để liên hệ với Điều Phối Viên Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại địa phương để hỗ trợ tìm Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế.

Tên của (các) Nhà Cung Cấp sẽ cung cấp cho quý vị thời gian nghỉ tạm thời:

Tên: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Nếu trợ cấp không được sử dụng như đã nêu ở trên, cần thông báo cho Điều Phối Viên Chăm Sóc Thay Thế và Nhân Viên Dịch Vụ Xã Hội. Trên cơ sở từng trường hợp, các khoản trợ cấp có thể được xem xét gửi vào ngân hàng để sử dụng vào một thời điểm khác trong thời gian đủ điều kiện. Việc này chỉ được thực hiện sau khi Sở xem xét và phê duyệt.

**PHẦN 3: Việc Làm**

Trong sáu tháng qua, có một hoặc nhiều người chăm sóc gia đình cần nghỉ việc do trách nhiệm chăm sóc gia đình không lương không?

Có  Không  Người Chăm Sóc Chính không có việc làm

Nếu có, quý vị đã bỏ lỡ bao nhiêu ngày?

**PHẦN 4: Thỏa Thuận và Chữ Ký**

Tôi hiểu rằng những tuyên bố của tôi có thể được kiểm tra và nếu tôi đưa ra những tuyên bố hoặc thông tin sai sự thật, tôi có thể bị kết tội gian lận.

Tôi hiểu rằng bất cứ khi nào có thay đổi trong thông tin tôi đã cung cấp, tôi phải báo cáo ngay cho Sở Y tế & Dịch Vụ Nhân Sinh Nebraska, Điều Phối Viên Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Thay Thế.

Tôi hiểu rằng mình có quyền nộp đơn kháng cáo nếu cho rằng yêu cầu của mình không được xử lý đúng cách.

Tôi hiểu rằng Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Nebraska có thể cần liên hệ với các cơ quan và cá nhân khác để xác định tính đủ điều kiện tài chính của tôi, để xác minh nhu cầu hỗ trợ mà tôi đang nộp đơn hoặc giới thiệu để hỗ trợ tôi nhận được các dịch vụ. Tôi cho phép tiết lộ thông tin bí mật này.

Tôi chứng thực rằng phản hồi của tôi và thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này và bất kỳ đơn đăng ký liên quan nào về trợ cấp cộng đồng là đúng, đầy đủ và chính xác và tôi hiểu rằng thông tin này có thể được sử dụng để xác minh sự hiện diện hợp pháp của tôi tại Hoa Kỳ.

Chữ Ký của Đại Diện Được Ủy Quyền:

Ngày:

**PHẦN 5: Nguồn Giới Thiệu**

Tên / Chức Danh:

Tổ Chức / Cơ Quan hoặc Mối Quan Hệ với Khách Hàng:

Địa chỉ:

Thành Phố:

Tiểu Bang:

Số Điện Thoại:

Email:

NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

**CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP CHĂM SÓC THAY THỂ TRỌN ĐỜI**  
**Yêu Cầu Trợ Cấp cho các Trường Hợp Đặc Biệt, bao gồm cả Chăm Sóc Thay**  
**Thể Khi Gặp Khủng Hoảng**

---

**Gửi đơn đăng ký đã điền đến:**

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

**Bưu điện:** 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

**Fax:** (402) 742-8356

**Thắc mắc:** (402) 471-9188