

يُرجى إرجاع النموذج إلى:

للاستخدام المكتبي فقط

تاريخ الاستلام: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

تم إجراء عمليات التحقق من الخلفية بتاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

تاريخ الإدخال: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 الطلب الأولي  التحديث السنوي

الاسم القانوني الكامل لمقدم الطلب:

عنوان المنزل:

المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

العنوان البريدي (إن كان مختلفاً):

المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

هاتف المنزل أو الهاتف الخليوي:

البريد الإلكتروني:

هل يمكننا التواصل معك عبر البريد الإلكتروني؟

 نعم  لا

هل يمكننا التواصل معك عبر الرسائل النصية؟

 نعم  لا

الاسم قبل الزواج أو الأسماء الأخرى المستخدمة:

تاريخ الميلاد:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد	ضع علامة أمام الأوقات المتاحة:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طوال الليل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فترات ممتدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حالات الطوارئ/الرعاية البديلة المؤقتة أثناء الأزمات

هل أنت على استعداد للسفر لتقديم الرعاية البديلة المؤقتة أو لنقل متلقي الرعاية إلى الأنشطة المجدولة، وما إلى ذلك؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد أقصى مسافة من عنوانك:  10 أميال  25 ميل  50 ميل  أكثر من 50 ميل  
المدن/المقاطعات التي تتوفر بها الخدمات:

يُرجى وضع علامة أمام أنواع الرعاية التي ترغب في تقديمها:

 الرفقة التي لا تتطلب مهارة  التمريض المهاري

يُرجى تحديد المكان الذي ترغب في أن تقدم الرعاية البديلة المؤقتة فيه:

 منزل متلقي الرعاية  منزل مقدم الخدمة  منشأة مجتمعية

يُرجى وضع علامة أمام أنشطة الحياة اليومية (ADLS) التي ترغب في العمل معها:

 التزيين  الملابس  التنقل المراض  الاستحمام  التغذية  التزيين

يُرجى وضع علامة أمام الإعاقات العاطفية والسلوكية التي ترغب في التعامل معها:

 اضطراب نقص الانتباه (ADD)/اضطراب فرط الحركة  فرط النشاط ونقص الانتباه (ADHD) الاضطرابات العقلية القلق  اضطراب التحدي المعارض الاكتئاب  العدوانية الجسدية متلازمة الجنين الكحولي اضطراب التعلق التفاعلي الإساءة للذات نوبات الغضب التيه

يُرجى وضع علامة أمام الإعاقات الطبية والصحية و/أو الإعاقات الخاصة التي ترغب في التعامل معها:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> الاضطرابات التشنجية   | <input type="checkbox"/> التصلب الجانبي الضموري/داء لو جيريج                     |
| <input type="checkbox"/> الحساسية الشديدة      | <input type="checkbox"/> الزهايمر/الخرف  |
| <input type="checkbox"/> تأخر الكلام والنطق    | <input type="checkbox"/> التوحد/اضطراب طيف التوحد                                |
| <input type="checkbox"/> الحبل الشوكي          | <input type="checkbox"/> التهاب المفاصل أو مشاكل المفاصل الأخرى                  |
| <input type="checkbox"/> متلازمة الشخص المتيبس | <input type="checkbox"/> مشاكل الدم، مثل فقر الدم أو مرض فقر الدم المنجلي        |
| <input type="checkbox"/> السكتة الدماغية       | <input type="checkbox"/> مشاكل التنفس مثل الربو أو مرض الانسداد الرئوي المزمن أو |
| <input type="checkbox"/> فغر القصب الهوائية    | <input type="checkbox"/> التليف الكيسي   |
| <input type="checkbox"/> إصابات الدماغ الرضية  | <input type="checkbox"/> السرطان   |
| <input type="checkbox"/> الإعاقة البصرية       | <input type="checkbox"/> العناية بالقسرة   |
|  | <input type="checkbox"/> النشال الدماغية   |
|  | <input type="checkbox"/> مرض السكري  |
|  | <input type="checkbox"/> أنبوب التغذية   |
|  | <input type="checkbox"/> ضعف السمع/المعينات السمعية                              |
|  | <input type="checkbox"/> مشاكل القلب   |
|  | <input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية/تأخر النمو                              |
|  | <input type="checkbox"/> التصلب المتعدد  |
|  | <input type="checkbox"/> الضمور العضلي   |
|  | <input type="checkbox"/> النشال النصفى/الرباعي                                   |
|  | <input type="checkbox"/> مرض باركنسون  |

يُرجى وضع علامة أمام الأعمار التي ترغب في العمل معها (ضع علامة أمام كل ما ينطبق):

- |                                       |   |                                      |                                     |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> جميع الأعمار | <input type="checkbox"/> 65-74 عامًا    | <input type="checkbox"/> 19-35 عامًا | <input type="checkbox"/> 0-2 عام    |
|                                       | <input type="checkbox"/> 75-84 عامًا    | <input type="checkbox"/> 36-50 عامًا | <input type="checkbox"/> 3-5 أعوام  |
|                                       | <input type="checkbox"/> 85 عامًا فأكثر | <input type="checkbox"/> 51-64 عامًا | <input type="checkbox"/> 6-18 عامًا |

اللغة (اللغات) التي تتحدثها (اختر كل ما ينطبق):

- الإنجليزية  الإسبانية  غير ذلك (يُرجى ذكرها)

كيف سمعت عن Nebraska Lifespan Respite Network؟ (اختر كل ما ينطبق)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> عرض تقديمي                           | <input type="checkbox"/> صديق / قريب   |
| <input type="checkbox"/> صحيفة                                | <input type="checkbox"/> كتيب/ملصق     |
| <input type="checkbox"/> تلفزيون/كابل/راديو (يُرجى وضع دائرة) | <input type="checkbox"/> رسالة إخبارية |
|   | <input type="checkbox"/> الإنترنت      |
|   | <input type="checkbox"/> الإحالة       |
|   | <input type="checkbox"/> غير ذلك       |

أعطي الإذن لتضمين معلوماتي على الموقع الإلكتروني الرسمي لحكومة نبراسكا (Nebraska Government) وقائمة مقدمي الخدمات لموارد الرعاية البديلة المؤقتة في نظام نبراسكا للموارد والإحالة (NRRS). إذا حددت "لا"، فستظل معلوماتك خاصة على نظام Nebraska Lifespan Respite Network الآمن عبر الإنترنت. نعم  لا

## معايير مقدم الخدمة في Nebraska Lifespan Respite Network:

بالتوقيع على هذا الطلب، يفهم مقدم الطلب أنه كشرط للتقدم بطلب ليكون مقدم خدمات معتمدًا في Lifespan Respite Network، يلزم الامتثال لمعايير مقدم الخدمة:

1. التأكد من أن مقدم الخدمة الفردي، الذي يبلغ من العمر 14 عامًا أو أكثر في حالة تقديم رعاية بديلة مؤقتة، أو موظف الوكالة الذي لديه اتصال مباشر بمتلقي الرعاية قد تمت تيرنته من خلال السجل المركزي لإساءة معاملة/إهمال الأطفال التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، والسجل المركزي لخدمات حماية البالغين التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، وسجل مرتكبي الجرائم الجنسية في دوريات الولاية، وفحص التاريخ الجنائي لدى دوريات الولاية. سيحتفظ مقدم الطلب من الوكالة بنتائج هذه الفحوصات في ملفات الموظفين ويجعلها متاحة للوزارة.
2. يكون مقدم الخدمة من الوكالة مرخصًا و/أو معتمدًا وفقًا لما يقتضيه قانون الولاية.
3. يُعد تقديم خدمات الرعاية البديلة المؤقتة كمقابل مستقل اعترافًا بأن مقدم الخدمة ليس موظفًا في الوزارة أو الدولة.
4. احترام حقوق متلقي الرعاية في السرية وحماية المعلومات السرية.
5. الإقرار بالمسؤولية عن سلامة متلقي الرعاية وممتلكاته.
6. لديه المعرفة والخبرة و/أو المهارات اللازمة لأداء المهمة (المهام) المنفوق عليها لتوفير الرعاية البديلة المؤقتة بأمان.
7. التأكد من أنه سيتم الإبلاغ فورًا عن أي إساءة أو إهمال مشتبه به إلى سلطات إنفاذ القانون و/أو الخط الساخن للإساءة والإهمال (1-800-652-1999).
8. وفقًا لعنوان NAC 1.019.01 464 تقدير الوزارة. تحتفظ الوزارة بسلطة رفض الدفع لاختيار المتلقي لمقدم الخدمة في الظروف التالية:

- a. تورط مقدم الخدمة في الفواتير الاحتيالية؛
- b. ارتكاب مقدم الخدمة جريمة احتيال في برامج أخرى للوزارة؛
- c. إدانة مقدم الخدمة بإساءة معاملة شخص بالغ أو طفل ضعيف أو إهماله؛
- d. إدانة مقدم الخدمة في جريمة عنف؛
- e. إدانة مقدم الخدمة باستغلال الأطفال في المواد الإباحية؛
- f. إدانة مقدم الخدمة بالعنف أو الاعتداء المنزلي؛
- g. إدانة مقدم الخدمة بالسرقة من متجر بعد سن 19 عامًا وخلال السنوات الثلاث الماضية؛
- h. إدانة مقدم الخدمة بتهمة الاحتيال الجنائي خلال آخر 10 سنوات؛
- i. إدانة مقدم الخدمة بتهمة الاحتيال في جنحة في السنوات الخمس الماضية؛
- j. إدانة مقدم الخدمة بحيازة مواد خاضعة للرقابة خلال آخر 10 سنوات؛
- k. إدانة مقدم الخدمة بتصنيع مواد خاضعة للرقابة خلال آخر 10 سنوات؛
- l. إدانة مقدم الخدمة بالدعارة أو التحريض على الدعارة خلال السنوات الخمس الماضية؛
- m. إدانة مقدم الخدمة بالسرقة أو السطو خلال آخر 10 سنوات؛
- n. إدانة مقدم الخدمة بتهمة الاغتصاب أو الاعتداء الجنسي؛
- o. أن يكون مقدم الخدمة مسجلًا أو مطلوب تسجيله في سجل أو ملف لمرتكبي الجرائم الجنسية تابع للولاية؛
- p. إدانة مقدم الخدمة بأي جريمة ضد طفل أو شخص بالغ ضعيف؛
- q. إدانة مقدم الخدمة بالاختطاف.
- r. إدانة مقدم الخدمة بالقسوة على الحيوانات أو إساءة معاملتها أو إهمالها؛
- s. إدانة مقدم الخدمة في حريق متعمد؛
- t. إدانة مقدم الخدمة بالقيادة تحت تأثير الكحول خلال السنوات الخمس الماضية؛
- u. مقدم الخدمة لديه اثنان أو أكثر من رسوم القيادة المعلقة تحت تأثير الكحول؛ أو
- v. إدانة مقدم الخدمة بأي جرائم أخرى تهدد سلامة الطفل أو البالغ الضعيف.

أقر بأنني قد قرأت وفهمت المعايير كما هو مذكور وشار إليه أعلاه وأوافق على الامتثال لجميع معايير مقدمي الخدمات.

إذا كنت توفر الرعاية البديلة المؤقتة في منزلك، يجب إكمال المعلومات التالية وتوقيعها من قبل أي شخص يبلغ من العمر 19 عامًا أو أكثر يعيش في المنزل، حتى إذا لم يتقدم بطلب لتوفير الرعاية البديلة المؤقتة. إذا كنت توفر الرعاية البديلة المؤقتة خارج منزلك، فيجب إكمال المعلومات وتوقيعها من قبل مقدم الطلب فقط. أرفق أوراقًا إضافية إذا لزم الأمر.

يرجى إرفاق نسخة من رخصة القيادة أو بطاقة هوية تحمل صورة صادرة عن جهة حكومية في ملف مقدم الخدمة الخاص بك.

/ / التاريخ (الشهر، اليوم، السنة)	الاسم بخط واضح	توقيع مقدم الطلب
/ / التاريخ (الشهر، اليوم، السنة)	الاسم بخط واضح	توقيع فرد الأسرة
/ / التاريخ (الشهر، اليوم، السنة)	الاسم بخط واضح	توقيع فرد الأسرة

## كيفية تقديم طلبك

يختلف العنوان البريدي لكل منطقة في نبراسكا. استخدم الخريطة أدناه لتحديد موقع المقاطعة التي تعيش فيها وأرسل هذا المستند الورقي الكامل إلى منسق الرعاية البديلة المؤقتة في منطقتك المدرج أدناه. لتقديم طلباتك إلكترونياً، يُرجى إرفاق نموذج الطلب في رسالة بريد إلكتروني موجهة إلى المنسق الإقليمي المحلي أدناه.

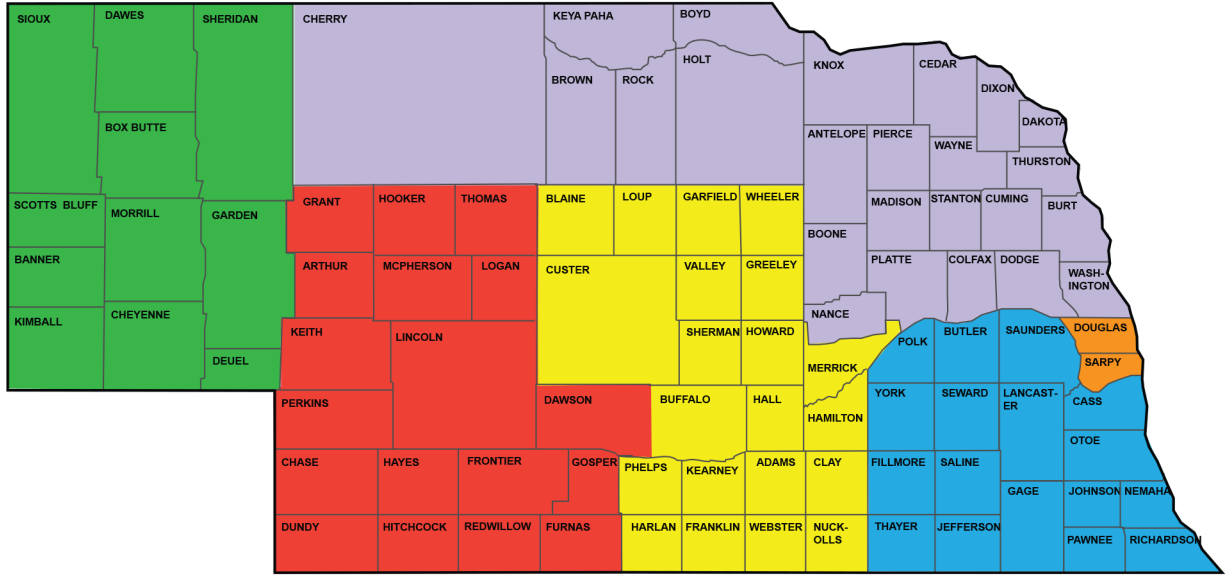
# وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا Nebraska Lifespan Respite Network

[respite.ne.gov](http://respite.ne.gov)

[dhhs.ne.gov/respite](http://dhhs.ne.gov/respite)

**Jan Drewel**، أخصائي خدمات اجتماعية  
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS) - قسم خدمات الأطفال والأسرة  
برنامج دعم Lifespan Respite و  
برنامج دعم الأشخاص ذوي الإعاقة والأسرة  
PO Box 98933  
Lincoln, NE 68509-8933  
(402) 471-9188  
[dhhs.respite@nebraska.gov](mailto:dhhs.respite@nebraska.gov)

**Hanna Quiring**، منسق البرنامج  
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS) - قسم خدمات الأطفال والأسرة  
برنامج دعم Lifespan Respite و  
برنامج دعم الأشخاص ذوي الإعاقة والأسرة  
Nebraska State TSB Building, 1410 M St  
PO Box 98933  
Lincoln, NE 68509-8933  
(531) 530-7011  
[hanna.quiring@nebraska.gov](mailto:hanna.quiring@nebraska.gov)



منطقة الخدمة الشمالية (شبكة Respite المحلية)

Munroe-Meyer Institute UNMC  
Omaha, NE

[northrespite@unmc.edu](mailto:northrespite@unmc.edu) (402) 577-0533

منطقة الخدمة المركزية (شبكة Respite المحلية)

Independence Rising  
Kearney, NE

[respite@irnebraska.org](mailto:respite@irnebraska.org) (402) 309-4344

**Employer Engagement**

كبير منسقي الرعاية البديلة المؤقتة  
Kim Falk  
UNMC-MMI

[kim.falk@unmce.edu](mailto:kim.falk@unmce.edu) (402) 559-4951

**UNL-CCFL** (Center on Children, Families & the Law)

مدير المشروع، Charlie Lewis

[clewis@unl.edu](mailto:clewis@unl.edu) (402) 472-9815

إخصائي مشروع الويب، Jessie Cook

[jessica.cook@unl.edu](mailto:jessica.cook@unl.edu) 402-472-9827

منطقة الخدمة الغربية (شبكة Respite المحلية)

Panhandle Partnership for Health and Human Services

Chadron, NE

[specialprojects@wchr.net](mailto:specialprojects@wchr.net) (308) 432-8190

منطقة الخدمة الجنوبية الغربية (شبكة Respite المحلية)

Southwest NE Public Health Department

McCook, NE

[respite@swhealth.ne.gov](mailto:respite@swhealth.ne.gov) (308) 345-4990

منطقة الخدمة الشرقية (شبكة Respite المحلية)

Munroe-Meyer Institute UNMC

Omaha, NE

[eastrespite@unmc.edu](mailto:eastrespite@unmc.edu) (402) 559-5732

منطقة الخدمة الجنوبية الشرقية (شبكة Respite المحلية)

[dhhs.respite@nebraska.gov](mailto:dhhs.respite@nebraska.gov) (531) 530-7011