

ရုံးသုံးအတွက်သာ

လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ရက်စွဲ - ___/___/___
နောက်ကြောင်းစစ်ဆေးမှုများ ပြီးစီးသည့်ရက်စွဲ - ___/___/___
ထည့်သွင်းခဲ့သည့် ရက်စွဲ - ___/___/___

ကျေးဇူးပြု၍ နောက်ပါနေရာသို့ ပြန်လာရန် -

ကနဦး လျှောက်ထားမှု နှစ်စဉ် ပြင်ဆင်ချက်

လျှောက်ထားသူ၏ တရားဝင်အမည် အပြည့်အစုံ -

အိမ်လိပ်စာ - မြို့တော်၊ ပြည်နယ်၊ ဇော် -

စာပို့လိပ်စာ (ခြားနားပါက) - မြို့တော်၊ ပြည်နယ်၊ ဇော် -

အိမ်ဖုန်း သို့မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်း နံပါတ် - အီးမေးလ် -

အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် သင့်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသလား။ စာသားမက်ဆေ့မှတစ်ဆင့် သင့်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသလား။

ရပါသည် မရပါ ရပါသည် မရပါ

မွေးအမည်ရင်း သို့မဟုတ် အသုံးပြုသည့် အခြားအမည်များ - မွေးနေ့ရက်စွဲ -

Table with 8 columns: အဆင်ပြေသည့် အချိန်များအတွက် အကွက်များကို အမှတ်ဖြစ်ပါ - တနင်္လာ အင်္ဂါ ဗုဒ္ဓဟူး ကြာသပတေး သောကြာ စနေ တနင်္ဂနွေ. Rows include နေ့အချိန်, ညနေဖက်များ, ညအချိန်များ, တိုးချဲ့ အချိန်ကာလများ, အရေးပေါ်အခြေအနေများ/အကျပ်အတည်း သက်သာစေရေး.

သင်သည် respite ပေးအပ်ရန် သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ခံယူသူအား စီစဉ်ထားသော လှုပ်ရှားမှုများသို့ သယ်ယူပို့ဆောင်ပေးရန် ဆန္ဒရှိပါသလား။ ရှိပါသည် မရှိပါ
'ရှိ' ပါက သင့်နေထိုင်ရာလိပ်စာမှ အများဆုံး အကွာအဝေးမှာ - 10 မိုင် 25မိုင် 50မိုင် 50 မိုင် နှင့်အထက်
ဝန်ဆောင်ပေးသည့် မြို့များ/ခရိုင်များ -

သင်ထောက်ပံ့ပေးလိုသည့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအမျိုးအစားများကို ကျေးဇူးပြု၍ အမှတ်ဖြစ်ပါ -
ကျွမ်းကျင်မှုမရှိသော အဖော် ကျွမ်းကျင်မှုမရှိသော သူနာပြု

respite ပေးရန် သင် ဆန္ဒရှိသည့်နေရာကို ကျေးဇူးပြု၍ အမှတ်ဖြစ်ပါ -
ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူ၏ နေအိမ် ပံ့ပိုးမှုပေးသူ၏ နေအိမ် အသိုင်းအဝိုင်း အဆင်အပြင်

သင်လုပ်ဆောင်ရန် ဆန္ဒရှိသည့် နေ့စဉ်ဘဝရှင်သန်ရေး လှုပ်ရှားမှုများ (ADLS)ကို ကျေးဇူးပြု၍ အမှတ်ဖြစ်ပါ -
အိမ်သာတက်ခြင်း ရေချိုးခြင်း အစာစားခြင်း ဝတ်စားဖြီးလိမ်းခြင်း
ရွေ့လျားခြင်း ဝတ်စားဆင်ယင်ခြင်း နေရာ ပြောင်းရွှေ့ခြင်း

တစ်ဦးချင်း Respite ပံ့ပိုးသူ လျှောက်လွှာ

သင်လုပ်ဆောင်ရန် ဆန္ဒရှိသည့် စိတ်ခံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာနှင့် အပြုအမူဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းချက်များကို ကျေးဇူးပြု၍ အမှတ်ခြစ်ပါ -

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD ခေါ် | <input type="checkbox"/> အတက်ကြွလွန်ခြင်း | <input type="checkbox"/> ငယ်စဉ်က စိတ်ဒဏ်ရာကြောင့် |
| <input type="checkbox"/> အာရုံစူးစိုက်မှုနည်းသောရောဂါ | <input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဝေဒနာများ | <input type="checkbox"/> နှောင်တွယ်ရန်ခက်ခဲသည့် ဝေဒနာ |
| <input type="checkbox"/> စိုးရိမ်ကြောင့်ကြမှု | <input type="checkbox"/> အမိန့်အာဏာကို အတိုက်အခံပြုသည့် | <input type="checkbox"/> မိမိကိုယ်ကို အလွဲသုံးစားပြုခြင်း |
| <input type="checkbox"/> စိတ်ကျဝေဒနာ | <input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဝေဒနာ | <input type="checkbox"/> ပေါက်ကွဲဒေါသထွက်ခြင်း |
| <input type="checkbox"/> မိခင်အရက်သောက်မှုကြောင့် မွေးကင်းစကလေးတွင် | <input type="checkbox"/> ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ရန်လိုမှု | <input type="checkbox"/> လျှောက်သွားခြင်း |
- ဖြစ်ပေါ်သော ရောဂါလက္ခဏာစု

ကျေးဇူးပြု၍ သင်လုပ်ဆောင်ရန် ဆန္ဒရှိသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းမှုများ နှင့်/သို့မဟုတ် သီးခြား မသန်စွမ်းမှုများကို အမှတ်ခြစ်ပါ -

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALS/Lou Gehrig ရောဂါ ခေါ် | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy ခေါ် သူငယ်ဘဝအကြောတင်းရောဂါ | <input type="checkbox"/> အတက်ဝေဒနာ |
| <input type="checkbox"/> အာရုံကြောယိုယွင်းပျက်စီးမှုရောဂါ | <input type="checkbox"/> ဆီးချိုသွေးချိုရောဂါ | <input type="checkbox"/> ပြင်းထန်သည့် ဓာတ်မတည့်မှုများ |
| <input type="checkbox"/> အယ်ဇိုင်းမား/ဒီမန်းရှား ခေါ် သူငယ်ပြန်ရောဂါ | <input type="checkbox"/> ပိုက်ဖြင့် အစာကျွေးခြင်း | <input type="checkbox"/> စကားပြောခြင်းနှင့် |
| <input type="checkbox"/> အော်တစ်ဇင်/အော်တစ်ဇင် နှင့် ဆက်နွယ်သည့် | <input type="checkbox"/> အကြားအာရုံ ချို့ယွင်းမှု/နားကြား အထောက်အကူပစ္စည်းများ | <input type="checkbox"/> ဘာသာစကားဆိုင်ရာ နှောင့်နှေးမှုများ |
| <input type="checkbox"/> ဉာဏ်ရည်မဖွံ့ဖြိုးသည့် ရောဂါများ | <input type="checkbox"/> နှလုံးပြဿနာများ | <input type="checkbox"/> ကျောရိုးအာရုံကြောမကြီး |
| <input type="checkbox"/> အဆစ်ရောင်ရောဂါ သို့မဟုတ် အခြားအဆစ် | <input type="checkbox"/> ဉာဏ်ရည်ချို့တဲ့ခြင်း/ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု နှောင့်နှေးခြင်း | <input type="checkbox"/> Stiff Person's Syndrome ခေါ် |
| <input type="checkbox"/> ပြဿနာများ | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ခေါ် ဦးနှောက်နှင့် | <input type="checkbox"/> ကိုယ်လက်တောင့်တင်းသည့် |
| <input type="checkbox"/> သွေးအားနည်းခြင်း သို့မဟုတ် Sickle Cell Disease ခေါ် | <input type="checkbox"/> အာရုံကြောမကြီး အကာအကွယ်လွှာ | <input type="checkbox"/> ရောဂါလက္ခဏာစု |
| <input type="checkbox"/> သွေးနီဥများပုံမမှန်သည့်ရောဂါ ကဲ့သို့သော သွေးပြဿနာများ | <input type="checkbox"/> ပျက်စီးမှုကြောင့်ဖြစ်သည့် နာတာရှည်ရောဂါ | <input type="checkbox"/> လေဖြတ်ခြင်း |
| <input type="checkbox"/> ပန်းနာရင်ကြပ်၊ COPD ခေါ် ရေရှည်အသက်ရှူလမ်းကြောင်း | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ခေါ် ကြွက်သားများ ကြုံလို | <input type="checkbox"/> လည်ချောင်း |
| <input type="checkbox"/> ပိတ်ဆို့သည့်ဝေဒနာ သို့မဟုတ် Cystic Fibrosis ခေါ် | <input type="checkbox"/> အားနည်းသည့်ရောဂါ | <input type="checkbox"/> အပေါက်ဖောက်ထားခြင်း |
| <input type="checkbox"/> အဆုတ်ခဲခြင်း စသည့် အသက်ရှူခြင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ | <input type="checkbox"/> Paraplegia/Quadriplegia ခေါ် | <input type="checkbox"/> ဦးနှောက်ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း |
| <input type="checkbox"/> ကင်ဆာရောဂါ | <input type="checkbox"/> ဝေအာက်ပိုင်း/တစ်ကိုယ်လုံး မလှုပ်ရှားနိုင်ခြင်း | <input type="checkbox"/> အမြင်အာရုံချို့ယွင်းခြင်း |
| <input type="checkbox"/> ဆီးပိုက် ဂရုစိုက်စောင့်ရှောက်မှု | <input type="checkbox"/> ပါကင်ဆန်ရောဂါ | |

သင်လုပ်ဆောင်ရန် ဆန္ဒရှိသည့် အသက်အရွယ်များကို ကျေးဇူးပြု၍ အမှတ်ခြစ်ပါ (သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ) -

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 နှစ် | <input type="checkbox"/> 19-35 နှစ် | <input type="checkbox"/> 65-74 နှစ် | <input type="checkbox"/> အသက်အရွယ်အားလုံး |
| <input type="checkbox"/> 3-5 နှစ် | <input type="checkbox"/> 36-50 နှစ် | <input type="checkbox"/> 75-84 နှစ် | |
| <input type="checkbox"/> 6-18 နှစ် | <input type="checkbox"/> 51-64 နှစ် | <input type="checkbox"/> 85 နှစ်နှင့် အထက် | |

ပြောဆိုသည့် ဘာသာစကား(များ) (သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ) -

- အင်္ဂလိပ် စပိန်ဘာသာစကား အခြား (ကျေးဇူးပြု၍ စာရင်းပြုစုပါ) _____

Nebraska Lifespan Respite Network အကြောင်း သင်ဘယ်လို ကြားခဲ့ပါသလဲ။ (သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> တင်ပြမှု | <input type="checkbox"/> လက်ကမ်းစာစောင်/ပို့စတာ | <input type="checkbox"/> မိတ်ဆွေသူငယ်ချင်း/ဆွေမျိုး |
| <input type="checkbox"/> သတင်းစာ | <input type="checkbox"/> သတင်းလွှာ | <input type="checkbox"/> အင်တာနက် |
| <input type="checkbox"/> TV/ကေဘယ်/ရေဒီယို (ကျေးဇူးပြု၍ စက်ဝိုင်းဝိုင်းပေးပါ) | <input type="checkbox"/> ရည်ညွှန်းချက် | <input type="checkbox"/> အခြား: _____ |

Nebraska အစိုးရ တရားဝင်ဝက်ဘ်ဆိုက်၊ Nebraska အရင်းအမြစ် နှင့် လွှဲပြောင်းပေးရေး စနစ် (NRRS) Respite ရင်းမြစ်များအတွက် ထောက်ပံ့ပေးသူစာရင်း တို့တွင် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းရန် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ "ခွင့်မပြု" ဟု သင်မှတ်သားပါက သင်၏ အချက်အလက်များကို Nebraska Lifespan Respite ကွန်ရက် အွန်လိုင်းစနစ်ပေါ်၌ လုံခြုံအောင် လျှို့ဝှက်ပေးထားပါမည်။ ခွင့်ပြုသည် ခွင့်မပြုပါ

Nebraska Lifespan Respite ကွန်ရက် ပံ့ပိုးသူဆိုင်ရာ စံနှုန်းများ

ဤလျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် လျှောက်ထားသူသည် Lifespan Respite Network-မှ အတည်ပြုထားသည့် ပံ့ပိုးပေးသူတစ်ဦးဖြစ်လာရန် လျှောက်ထားခြင်း အခြေအနေတစ်ရပ်အနေဖြင့် ပံ့ပိုးပေးသူစံနှုန်းများအတိုင်း လိုက်နာရန် လိုအပ်သည်ကို နားလည်ပါသည် -

1. respite စောင့်ရှောက်မှုပေးပါက ပံ့ပိုးပေးသူတစ်ယောက်ချင်းစီသည် အသက် 14 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်ဖြစ်ကြောင်း သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူနှင့် တိုက်ရိုက်ထိတွေ့မှုရှိသည့် အေဂျင်စီဝန်ထမ်းအား DHHS ကလေးသူငယ် အလွဲသုံးစားပြုမှု/လျစ်လျူရှုမှုဆိုင်ရာ ဗဟိုမှတ်တမ်းစာရင်း၊ DHHS လူကြီး ကာကွယ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဗဟိုမှတ်တမ်းစာရင်း၊ ပြည်နယ် ကင်းလှည့်ဌာန လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာပြစ်မှု ကျူးလွန်မှုများ မှတ်တမ်းစာရင်း နှင့် ပြည်နယ်ကင်းလှည့်ဌာန ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ သမိုင်းကြောင်းစစ်ဆေးမှု တို့နှင့် မှတ်တမ်းကင်းရှင်းသူ ဖြစ်ရပါမည်။ အေဂျင်စီအနေဖြင့် လျှောက်ထားသူသည် အဆိုပါ စစ်ဆေးမှုများ၏ ရလဒ်များကို ဝန်ထမ်း၏ ကိုယ်ရေးဖိုင်များတွင် ထိန်းသိမ်းထားပြီး ဌာနမှလိုအပ်ချိန်တွင် ရရှိနိုင်အောင် ပြုလုပ်ပေးရမည်။
2. အေဂျင်စီအနေဖြင့် ပံ့ပိုးသူသည် လိုင်စင်ရထားရမည် နှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အတိုင်း အတည်ပြုထားရမည်။
3. ပံ့ပိုးသူသည် ဌာနဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်၏ ဝန်ထမ်းတစ်ဦး မဟုတ်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုရင်း လွတ်လပ်သည့် ကန်ထရိုက်တာအဖြစ် respite ဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးပေးပါ။
4. ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူ၏ လျှို့ဝှက်ရန်အခွင့်အရေးများကို လေးစားပြီး လျှို့ဝှက်သတင်းအချက်အလက်များကို ကာကွယ်စောင့်ရှောက်ပါ။
5. ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူ၏ ဘေးကင်းရေးနှင့် ပစ္စည်းဥစ္စာများအတွက် တာဝန်ရှိကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါ။
6. respite စောင့်ရှောက်မှုကို ဘေးကင်းစွာပေးအပ်ရန် သဘောတူထားသည့်အတိုင်း အလုပ်တာဝန်(များ) ထမ်းဆောင်ရန် အသိပညာ၊ အတွေ့အကြုံ နှင့်/သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှု(များ) ရှိထားပါ။
7. သံသယရှိဖွယ်ရာ အလွဲသုံးစားပြုမှု သို့မဟုတ် လျစ်လျူရှုမှု တစ်ခုခုကို ဥပဒေစိုးမိုးရေး နှင့် / သို့မဟုတ် အလွဲသုံးစားမှု-လျစ်လျူရှုမှု (Abuse-Neglect) ဆိုင်ရာ ဟော့တ်လိုင်း (1-800-652-1999) သို့ ချက်ချင်းအစီရင်ခံမည်ဖြစ်ကြောင်း အာမခံပါ။
8. ခေါင်းစဉ် 464 NAC 1.019.01 DEPARTMENT DISCRETION နှင့်အညီ။ အောက်ပါအခြေအနေများတွင် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုလက်ခံရရှိသူတစ်ဦးမှ ရွေးချယ်ထားသော ပံ့ပိုးသူကို ငွေပေးချေခြင်းမှ ငြင်းဆန်ရန်အခွင့်အာဏာကို ဌာနမှ ထိန်းသိမ်းထားပါသည် -
 - a. ပံ့ပိုးသူသည် လိမ်လည်၍ငွေတောင်းခံမှုတွင် ပါဝင်နေပါသည်။
 - b. ပံ့ပိုးသူသည် အခြားဌာန အစီအစဉ်များ၌ လိမ်လည်မှု ကျူးလွန်ခဲ့ပါသည် -
 - c. ပံ့ပိုးသူသည် ထိခိုက်လွယ်သော လူကြီး သို့မဟုတ် ကလေးတစ်ဦးအား အလွဲသုံးစားပြုမှု သို့မဟုတ် လျစ်လျူရှုမှုဖြင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခြင်း ခံထားရသည်။
 - d. ပံ့ပိုးသူသည် အကြမ်းဖက်ရာဇဝတ်မှုတစ်ခုခုဖြင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခြင်း ခံထားရသည်။
 - e. ပံ့ပိုးသူသည် ကလေးသူငယ် ညစ်ညမ်းရုပ်ပုံစာပေးများအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခြင်း ခံထားရသည်။
 - f. ပံ့ပိုးသူသည် အိမ်တွင်း အလွဲသုံးစားပြုမှု သို့မဟုတ် ကိုယ်ထိလက်ရောက် စော်ကားမှုဖြင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခြင်း ခံထားရသည်။
 - g. ပံ့ပိုးသူသည် အသက် 19 နှစ် ပြည့်ပြီးနောက်ပိုင်းနှင့် လွန်ခဲ့သော သုံးနှစ်အတွင်း ဈေးဆိုင်မှ ပစ္စည်းအလစ်သုတ်မှုနှင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခြင်း ခံထားရသည်။
 - h. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့သော 10 နှစ်အတွင်း အကြမ်းဖက်မှုမြောက် လိမ်လည်မှုနှင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - i. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့သော ငါးနှစ်အတွင်း အသေးစား လိမ်လည်မှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - j. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့တဲ့ 10 နှစ်အတွင်း ထိန်းချုပ်ထားမြစ်ပစ္စည်းများ ပိုင်ဆိုင်မှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - k. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့တဲ့ 10 နှစ်အတွင်း တားမြစ်ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းတစ်မျိုး ထုတ်လုပ်မှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - l. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့သောငါးနှစ်အတွင်း ပြည့်တန်ဆာလုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် ပြည့်တန်ဆာလုပ်ရန် အတင်းအကြပ်လူခေါ်ခြင်းအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည် -
 - m. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့သော 10 နှစ်အတွင်း ဓားပြတိုက်မှု ဒါမှမဟုတ် ဖောက်ထွင်းခိုးယူမှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - n. ပံ့ပိုးသူသည် မုဒိမ်းမှု ဒါမှမဟုတ် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - o. ပံ့ပိုးသူသည် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပြစ်မှုကျူးလွန်သူ မှတ်တမ်းစာရင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်မှတ်တမ်း တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသူ သို့မဟုတ် မှတ်တမ်းတင်ထားရန်လိုအပ်သူ။
 - p. ပံ့ပိုးသူသည် ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် ထိခိုက်လွယ်သော လူကြီးတစ်ဦးအပေါ်ကျူးလွန်သည့် ပြစ်မှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - q. ပံ့ပိုးသူသည် ပြန်ပေးဆွဲမှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
 - r. ပံ့ပိုးသူသည် တိရစ္ဆာန်များအပေါ်ရက်စက်ကြမ်းကြုတ်မှု၊ အလွဲသုံးစားပြုမှု သို့မဟုတ် လျစ်လျူရှုမှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။

- s. ပံ့ပိုးသူသည် မီးရှို့မှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်တစ်ခု ရရှိထားသည်။
- t. ပံ့ပိုးသူသည် လွန်ခဲ့သော ငါးနှစ်အတွင်း အရက်/မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲပြီး ကားမောင်းခြင်းအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်များ ရရှိထားသည်။
- u. ပံ့ပိုးသူသည် အရက်/မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲပြီး ကားမောင်းသည်ဟု ဆိုင်းငံ့ခံရချက် နှစ်ခု သို့မဟုတ် ပို၍ ရှိပါသည်။ သို့မဟုတ်
- v. ပံ့ပိုးသူသည် ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် ထိခိုက်လွယ်သော လူကြီးတစ်ဦး၏ ဘေးကင်းလုံခြုံမှုကို ထိခိုက်စေသည့် အခြားရာဇဝတ်မှုများအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ချက်များ ရရှိထားသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်တွင် ဖော်ပြပြီး ရည်ညွှန်းကိုးကားထားသော စံနှုန်းများကို ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သဘောပေါက်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုသည့်အပြင် ပံ့ပိုးသူဆိုင်ရာ စံနှုန်းများအားလုံးကို လိုက်နာရန် သဘောတူပါသည်။

အကယ်၍ သင့်အိမ်တွင် respite ပေးအပ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို အိမ်ထောင်စုတွင် နေထိုင်သည့် အသက် 19 နှစ် သို့မဟုတ် အသက်ပိုကြီးသူတစ်ဦးမှ ၎င်းတို့ကိုယ်တိုင် respite ပံ့ပိုးရန် မလျှောက်ထားသည့်တိုင် ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးပေးရပါမည်။ အကယ်၍ သင်သည် respite ကို သင့်အိမ်ပြင်ပတွင် ပေးအပ်မည်ဆိုပါက လျှောက်ထားသူတစ်ဦးတည်းသာ ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးရန် လိုအပ်သည်။ လိုအပ်ပါက ထပ်ဆောင်းစာရွက်များ ထည့်သွင်းပေးပါ။

သင်၏ ယာဉ်မောင်းလိုင်စင် သို့မဟုတ် အစိုးရမှ ထုတ်ပြန်ပေးထားသည့် ဓာတ်ပုံအိုင်ဒီ မိတ္တူတစ်စောင်ကို သင်၏ ပံ့ပိုးပေးသူဖိုင်အတွက် တွဲထည့်ပေးပါ။

လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	အမည်အပြည့်အစုံ	/ / ရက်စွဲ (လ၊ ရက်၊ နှစ်)
အိမ်ထောင်စုဝင်၏	လက်မှတ် အမည်အပြည့်အသုံ	/ / ရက်စွဲ (လ၊ ရက်၊ နှစ်)
အိမ်ထောင်စုဝင်၏ လက်မှတ်	အမည်အပြည့်အစုံ	/ / ရက်စွဲ (လ၊ ရက်၊ နှစ်)

သင့်လျှောက်လွှာကို တင်သွင်းပုံ

Nebraska ပြည်နယ်၏ ဒေသတစ်ခုစီအတွက် စာပို့လိပ်စာ ကွဲပြားပါသည်။ သင်နေထိုင်သောကောင်စီကို ရှာဖွေရန် အောက်ပါမြေပုံကို အသုံးပြုပြီး ဖြည့်ထားပြီးသော ဤစာရွက်စာတမ်းကို အောက်တွင် စာရင်းဖော်ပြထားသည့် သင့်ဒေသရှိ respite ညှိနှိုင်းရေးမှူးတစ်ဦးထံ ပေးပို့ပါ။ သင်၏လျှောက်လွှာကို အီလက်ထရွန်းနစ်နည်းဖြင့် ဖိုင်တွဲထားရန် လျှောက်လွှာဖောင်ကို အီးမေးလ်တွင် တွဲထည့်ကာ အောက်ဖော်ပြပါ သင့်ဒေသရှိ ဒေသဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းရေးမှူးထံ လိပ်မူပေးပို့ပါ။

Nebraska Department of Health and Human Services NEBRASKA LIFESPAN RESPITE NETWORK

dhhs.ne.gov/respite

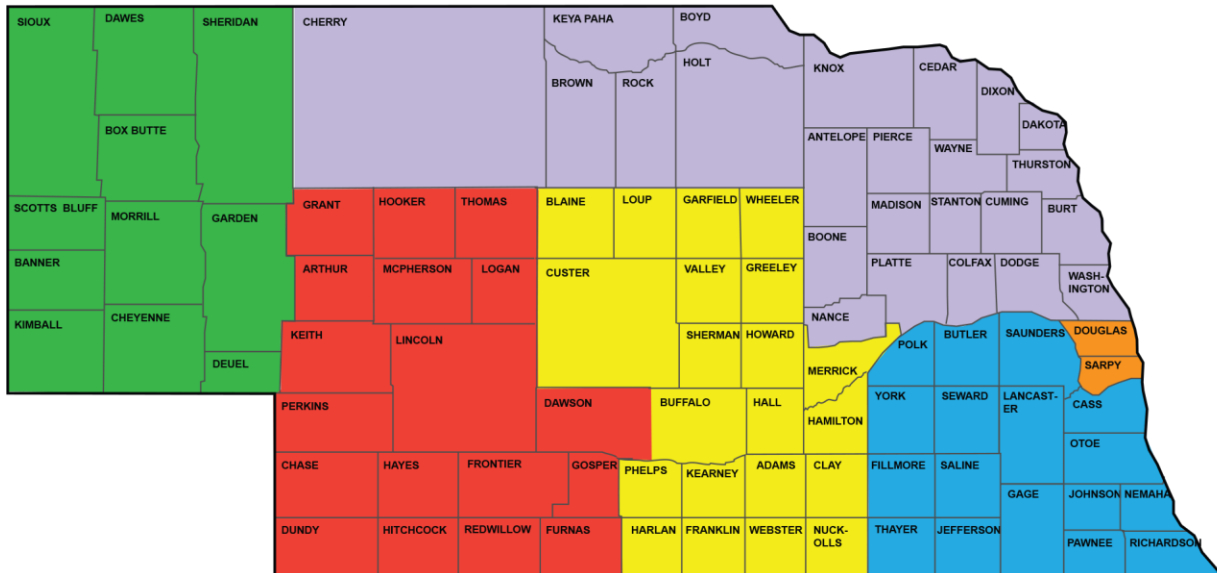
respite.ne.gov

Hanna Quiring, Program Coordinator
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program နှင့်
Disabled Persons & Family Support Program
Nebraska State TSB Building, 1410 M St.
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(531) 530-7011

hanna.quiring@nebraska.gov

Jan Drewel, Social Services Worker
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program နှင့်
Disabled Persons & Family Support Program
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188

dhhs.respitem@nebraska.gov



Western Service Area (Local Respite Network)
Panhandle Partnership for Health and Human Services
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

Southwest Service Area (Local Respite Network)
Southwest NE Public Health Department
McCook, NE
(308) 345-4990 respitem@swhealth.ne.gov

Eastern Service Area (Local Respite Network)
The Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespitem@unmc.edu

Southeast Service Area (Local Respite Network)
(531) 530-7011 dhhs.respitem@nebraska.gov

Northern Service Area (Local Respite Network)
Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 577-0533 northrespitem@unmc.edu

Central Service Area (Local Respite Network)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respitem@irnebraska.org

Employer Engagement
Kim Falk, Lead Respite Coordinator
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmc.edu

UNL-CCFL (Center on Children, Families & the Law)
Charlie Lewis, Project Director
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
Jessie Cook, Web Project Specialist
402-472-9827 jessica.cook@unl.edu