

Nebraska Department of Health and Human Services
Individual Respite Provider Application

NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

تبدیل شدن به یک ارائه دهنده فردی

لطفاً برگردید به:

فقط استفاده در دفتر

تاریخ دریافت: / /

بررسی های پس زمینه تکمیل شده: / /

تاریخ ورود: / /

 درخواست اولی ه به روز رسائی سالانه

نام رسمی کامل متقاضی:

آدرس خانه:

شهر، ایالت، کود پستی:

آدرس پستی (در صورت تفاوت):

شهر، ایالت، کود پستی:

خانه یا تلفون همراه:

ایمیل:

آیا می توانیم از طریق ایمیل با شما تماس بگیریم؟

 بلی نه

آیا می توانیم از طریق پیام با شما تماس بگیریم؟

 بلی نه

تخلص قبل از ازدواج زنان و یا نام های استفاده شده ای دیگر:

تاریخ تولد:

زمان های در دسترس می باشید را انتخاب کنید:	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه
در طول روز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شب ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
در طول شب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دوره های طولانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
استراحت در مواقع اضطراری / بحران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

آیا شما مایل به سفر برای ارائه استراحت و یادریافت کننده مراقبت حمل و نقل به فعالیت های برنامه ریزی شده، و غیره هستید؟ بلی نه
اگر بلی، حداکثر فاصله از آدرس شما: 10 مایل 25 مایل 50 مایل بیش از 50 مایل
شهرها / ولسوالی های که کار می کنید:

لطفاً انواع مراقبت هایی که مایل به ارائه آن هستید را انتخاب کنید:

 همراه غیر مسلکی پرستاری مسلکی

لطفاً جاهای که شما در آن مایل به ارائه خدمات هستید را انتخاب کنید:

 خانه دریافت کننده مراقبت در خانه ارائه دهنده خدمات در مکانهای اجتماعی

لطفاً فعالیت های روزمره زندگی (ADLS) را که مایل به کار با آنها هستید را انتخاب کنید:

 رفع حاجت حمام دادن تغذیه نظافت
 تحرک لباس انتقال

لطفاً مشکلات عاطفی و رفتاری را که مایل به کار با آنها هستید را انتخاب کنید:

ADD / ADHD فعالیت بیش از حد
اضطراب اختلالات روانی
افسردگی اختلال مخالف نافرمانی
آسیب جنین از اثر نوشیدن الکل خشونت فیزیکی
اختلال دلبستگی واکنشی
سوء استفاده از خود
بی حوصله گی
سرگردان

لطفاً اختلالات طبی و صحت و/یا ناتوانی های خاصی را که مایل به کار با آنها هستید را انتخاب کنید:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> اختلال تشنج | <input type="checkbox"/> بیماری ALS/Lou Gehrig |
| <input type="checkbox"/> حساسیت شدید | <input type="checkbox"/> آلزایمر / زوال عقل |
| <input type="checkbox"/> تاخیر گفتار و زبان | <input type="checkbox"/> اختلال طیف اوتیسم/ اوتیسم |
| <input type="checkbox"/> نخاع | <input type="checkbox"/> ورم مفاصل و یا سایر مشکلات مفصلی |
| <input type="checkbox"/> Stiff Person's Syndrome | <input type="checkbox"/> مشکلات خونی، مانند کم خونی یا بیماری حجره داس مانند |
| <input type="checkbox"/> سکتة | <input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی مانند نفس تنگی، COPD یا فیبروز سیست |
| <input type="checkbox"/> Tracheotomy | <input type="checkbox"/> سرطان |
| <input type="checkbox"/> آسیب تروماتیک مغز | <input type="checkbox"/> مراقبت از کنتر |
| <input type="checkbox"/> اختلال بینایی | <input type="checkbox"/> فلج مغزی |
| | <input type="checkbox"/> مرز شکر |
| | <input type="checkbox"/> پیپ تغذیه |
| | <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی/ کمک کننده های شنوایی |
| | <input type="checkbox"/> تکالیف قلبی |
| | <input type="checkbox"/> ناتوانی فکری / تاخیر رشد |
| | <input type="checkbox"/> مولنیل سکروسس |
| | <input type="checkbox"/> دیستروفی عضلات |
| | <input type="checkbox"/> فلج/فلج پایین گردن |
| | <input type="checkbox"/> بیماری پارکینسون |

لطفاً سنینی را که مایل به کار با آنها هستید را انتخاب کنید (تمام آنچه را که شامل می شود انتخاب کنید):

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> همه سنین | <input type="checkbox"/> 65-74 سال | <input type="checkbox"/> 19-35 سال | <input type="checkbox"/> 0-2 سال |
| | <input type="checkbox"/> 75-84 سال | <input type="checkbox"/> 36-50 سال | <input type="checkbox"/> 3-5 سال |
| | <input type="checkbox"/> 85 و بیشتر | <input type="checkbox"/> 51-64 سال | <input type="checkbox"/> 6-18 سال |

زبان (های) تکلم (تمام زبان های را انتخاب کنید که شما با آن تکلم می کنید):

- انگلیسی اسپانیایی دیگر (لطفاً آنها را لیست کنید)

چگونه در مورد Nebraska Lifespan Respite Network خبر شده اید؟ (تمام موارد درست را انتخاب کنید)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> دوست / اقارب | <input type="checkbox"/> بروشر / پوستر | <input type="checkbox"/> ارائه |
| <input type="checkbox"/> اینترنت | <input type="checkbox"/> خبرنامه | <input type="checkbox"/> اخبار |
| <input type="checkbox"/> سایر | <input type="checkbox"/> معرف | <input type="checkbox"/> تلویزیون / کیبل / رادیو (لطفاً حلقه کنید) |

من اجازه می دهم تا معلومات خود را در وب سایت رسمی دولتی Nebraska، منابع و ارجاع Nebraska شامل کنم سیستم (NRRS) نیست ارائه دهنده برای منابع استراحت. اگر شما "NO" را انتخاب کنید، معلومات شما از طریق سیستم امن آنلاین Nebraska Lifespan Respite Network محفوظ باقی خواهد ماند. بلی نه

استانداردهای ارائه Nebraska Lifespan Respite Network:

با امضای این درخواست متقاضی می داند که به عنوان یک شرط Lifespan Respite Network-Approved Provider، رعایت استانداردهای ارائه دهنده ضروری است:

1. اطمینان از اینکه ارائه دهنده، سن 14 یا بزرگتر اگر خدمات استراحت ارائه میکند، و یا فرد کارکن اداره با دریافت کننده خدمات مراقبت ارتباط مستقیم دارد از سوی اداره DHHS Child Abuse/Neglect Central Registry، DHHS Adult Protective Services Central Registry، State Patrol Sexual Offenders Registry and the State Patrol Criminal History Check بررسی گردیده و کدام جرمی مرتکب نشده است. متقاضی آژانس نتایج این بررسی ها را در پرونده های پرسنل کارمند حفظ و در دسترس دبیرتمنت قرار خواهد داد.
2. ارائه دهنده آژانس مجوز دارد و/ یا تصدیق شده است به اساس قانون ایالتی.
3. خدمات استراحت را به عنوان یک قراردادی مستقل ارائه می کند یا تشخیص اینکه ارائه دهنده کارمند دبیرتمنت یا ایالت نیست.
4. احترام به حقوق دریافت کننده مراقبت به محرمانه بودن و حفاظت از معلومات محرمانه.
5. مسئولیت محافظت و مراقبت اموال دریافت کننده خدمات را تصدیق کنید.
6. دانش، تجربه، و/ یا مهارت برای انجام وظیفه (ها) توافق شده برای ارائه محفوظ مراقبت.
7. اطمینان حاصل کنید که هر گونه سوء استفاده مشکوک و یا غفلت بلافاصله به اجرای قانون و / یا Abuse-Neglect خط تلفونی (1-800-652-1999) گزارش شود.
8. مطابق با عنوان 464 NAC 1.019.01 DEPARTMENT DISCRETION. اداره این اختیار را برای خود محفوظ می دارد که در شرایط زیر، پرداخت را به ارائه دهنده انتخابی دریافت کننده رد کند:

- a. ارائه دهنده در صورت حساب تقلبی دخیل باشد.
- b. ارائه دهنده مرتکب تقلب در برنامه های دیگر اداره شده است؛
- c. ارائه دهنده به دلیل سوء استفاده و یا غفلت از یک بزرگسال یا کودک آسیب پذیر محکوم شده است؛
- d. ارائه دهنده به جرم خشونت محکوم شده است؛
- e. ارائه دهنده به پورنوگرافی کودکان محکوم شده است؛
- f. ارائه دهنده به خشونت خانوادگی و یا تعرض محکوم شده است؛
- g. ارائه دهنده به سرقت از مغازه پس از سن 19 و در سه سال گذشته محکوم شده است
- h. ارائه دهنده به جرم کلاهبرداری در 10 سال گذشته محکوم شده است؛
- i. ارائه دهنده محکومیت به تقلب جزئی در پنج سال گذشته دارد.
- j. ارائه دهنده محکوم به در اختیار داشتن مواد کنترل شده در 10 سال گذشته است؛
- k. ارائه دهنده محکومیت به تولید مواد کنترل شده در 10 سال گذشته شده است؛
- l. ارائه دهنده محکوم به فحشا و یا درخواست از فحشا در پنج سال گذشته شده است؛
- m. ارائه دهنده محکوم به سرقت یا دزدی در 10 سال گذشته شده است؛
- n. ارائه دهنده محکوم به تجاوز جنسی یا رابطه جنسی اجباری شده است؛
- o. ارائه دهنده در یک اداره ثبت مجرمان جنسی ایالتی یا ملی ثبت شده است یا باید ثبت شود.
- p. ارائه دهنده محکوم به هر گونه جرم علیه یک کودک یا بزرگسالان آسیب پذیر شده است؛
- q. ارائه دهنده محکوم به آدم ربایی شده است؛
- r. ارائه دهنده محکوم به ظلم بر حیوانات، سوء استفاده، و یا غفلت شده است؛
- s. ارائه دهنده محکوم به ایجاد حریق سوزیشده است.
- t. ارائه دهنده به دلیل رانندگی تحت تأثیر مواد نشسته آور در پنج سال گذشته محکوم شده است.
- u. ارائه دهنده دو یا چند جرمه رانندگی تحت تأثیر مواد مخدر دارد؛ یا
- v. ارائه دهنده محکومیت هایی برای هر جنایت دیگری دارد که امنیت یک کودک یا بزرگسال آسیب پذیر را به خطر می اندازد.

من شهادت می‌دهم که استانداردها را همانطور که در بالا ذکر شد و به آنها اشاره شد، خوانده و درک کرده‌ام و با رعایت تمام استانداردهای ارائه‌دهنده موافقت می‌کنم.

اگر در خانه خود استراحت می دهید، اطلاعات زیر باید توسط هر فرد 19 ساله یا بالاتر که در خانه زندگی می کند تکمیل و امضا شود، حتی اگر متقاضی استراحت دادن نباشد. اگر خارج از خانه خود استراحت می دهید، فقط متقاضی باید تکمیل و امضا کند. در صورت نیاز ورق های اضافی را ضمیمه کنید.

لطفاً یک نسخه از جواز رانندگی یا یک سنت هویتی عکسدار صادر شده توسط دولت را برای دوسیه اسناد ارائه دهنده خود ضمیمه کنید.

/ / تاریخ (ماه، روز، سال)	نام واضح نوشته شود	امضای متقاضی
/ / تاریخ (ماه، روز، سال)	امضا نام واضح نوشته شده	عضو خانواده
/ / تاریخ (ماه، روز، سال)	نام واضح نوشته شده	امضای اعضای خانواده

چگونگی ارسال درخواست

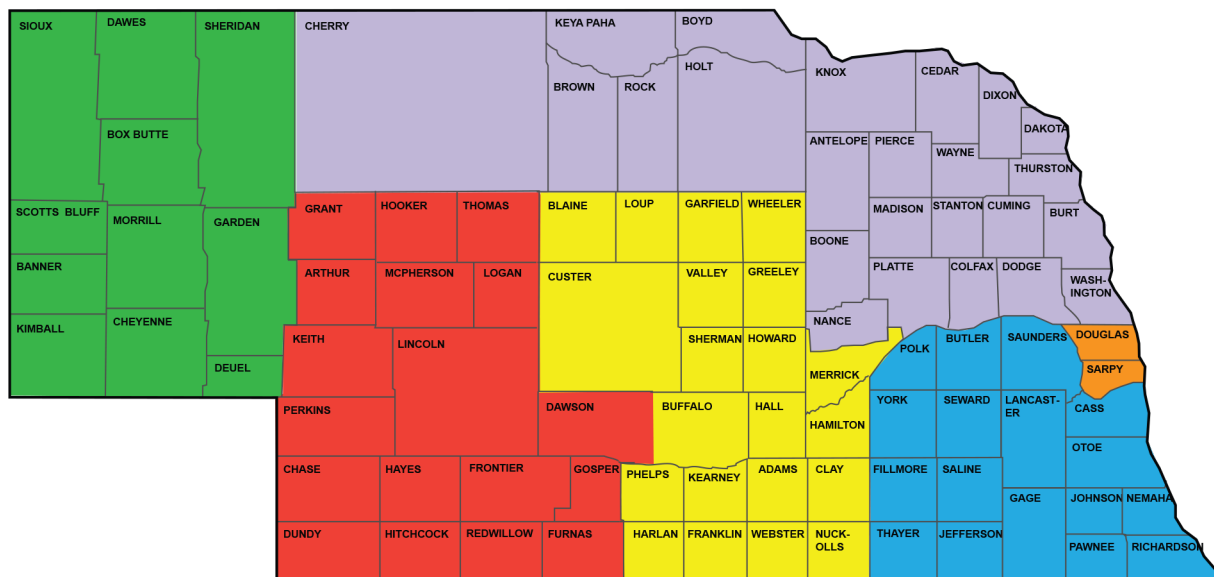
آدرس پستی برای هر منطقه Nebraska متفاوت است. با استفاده از نقشه زیر برای پیدا کردن ولسوالی که شما در آن زندگی می کنید و این سند کاغذی کامل را به یک هماهنگ کننده استراحت در منطقه خود که در زیر فهرست شده است ارسال کنید. برای ارسال الکترونیکی درخواست های خود، لطفاً فورم درخواست را در ایمیلی به آدرس هماهنگ کننده منطقه ای محلی خود در زیر پیوست کنید.

Nebraska Department of Health and Human Services Nebraska Lifespan Respite Network

dhhs.ne.gov/respite respite.ne.gov

Jan Drewel, کارمند خدمات اجتماعی
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program and
Disabled Persons & Family Support Program
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188
dhhs.respitem@nebraska.gov

Hanna Quiring, هماهنگ کننده برنامه
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program and
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



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
The Munroe-Meyer Institute UNMC
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmce.edu

UNL-CCFL (Center on Children, Families & the Law)
مدیر پروژه، Charlie Lewis
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
متخصص پروژه ویب، Jessie Cook
(402) 472-9827 jessica.cook@unl.edu

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

منطقه خدمات جنوب شرقی (شبکه محلی استراحت)
(531) 530-7011 dhhs.respitem@nebraska.gov