

कार्यालय प्रयोगका लागि मात्र

प्राप्त भएको मिति: ___/___/___

पृष्ठभूमि जाँचहरू पूरा भयो: ___/___/___

प्रविष्ट गरिएको मिति: ___/___/___

 प्रारम्भिक आवेदन वार्षिक अपडेट

कृपया निम्नमा फिर्ता पठाउनुहोस्:

आवेदकको पूरा कानुनी नाम:

घरको ठेगाना:

सहर, राज्य, जिप:

पत्राचार गर्ने ठेगाना (फरक छ भने):

सहर, राज्य, जिप:

घर वा सेल फोन:

इमेल:

हामी तपाईंलाई इमेलमार्फत सम्पर्क गर्न सक्छौं?

 हो होइन

हामी तपाईंलाई टेक्स्टबाट सम्पर्क गर्न सक्छौं?

 हो होइन

माइतको नाम वा प्रयोग गरिएका अन्य नामहरू:

जन्म मिति:

उपलब्ध समयहरूका लागि बाकसहरू चिन्ह लगाउनुहोस्:	सोमवार	मङ्गलवार	बुधवार	बिहवार	शुक्रवार	शनिवार	आइतवार
दिउँसो	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
साँझ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
रातभरि	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विस्तारित अवधिहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आपत्कालीन/संकट रेस्पाइट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

तपाईं अनुसूचित क्रियाकलापहरू आदिका लागि रेस्पाइट वा यातायात हेरचाह प्राप्तकर्ता उपलब्ध गराउन यात्रा गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ? हो होइन
हो भने तपाईंको ठेगानाबाट अधिकतम दूरी: 10 माइल 25 माइल 50 माइल 50 माइलभन्दा बढी
सेवा प्रदान गरिएका सहर/काउन्टीहरू: _____

कृपया तपाईंले उपलब्ध गराउन चाहनुभएको हेरचाहका प्रकारहरू चिन्ह लगाउनुहोस्:

 अदक्ष कम्पानियन दक्ष नर्सिङ

कृपया तपाईंले रेस्पाइट उपलब्ध गराउन इच्छुक हुनुहुन्छ भनी चिन्ह लगाउनुहोस्:

 हेरचाह प्रापकको गृह प्रदायकको गृह सामुदायिक सेटिङ

कृपया तपाईंसँग काम गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ भनी दैनिक जीवनयापनका क्रियाकलापहरू (Activities of Daily Living, ADLs) चिन्ह लगाउनुहोस्:

 शौचालय जाने नुहाउने आहार तयार हुने गतिशीलता ड्रेसिङ स्थानान्तर

कृपया तपाईंसँग काम गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ भनी भावनात्मक र व्यवहारात्मक कमजोरीहरू चिन्ह लगाउनुहोस्:

 ADD/ADHD चिन्ता डिप्रेसन भ्रूण अल्कोहल सिन्ड्रोम हाइपरएक्टिभिटी मानसिक विकार विपक्षी विद्रोही असन्तुलन शारीरिक आक्रामकता प्रतिक्रियाशील संलग्नता असन्तुलन स्वयं-अपमानजनक रिसाएर नखरा गर्ने घुमफिर गर्ने

कृपया तपाईंसँग काम गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ भनी चिकित्सा र स्वास्थ्य कमजोरी र/वा विशेष असक्षमताहरू चिन्ह लगाउनुहोस्:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALS/Lou Gehrig को रोग | <input type="checkbox"/> सेरेब्रल पाल्सी | <input type="checkbox"/> सिजर डिसअर्डर |
| <input type="checkbox"/> अल्जाइमर्स/डिमेन्सिया | <input type="checkbox"/> मधुमेह | <input type="checkbox"/> गम्भिर एलर्जीहरू |
| <input type="checkbox"/> अटिजम/अटिजम स्पेक्ट्रम विकार | <input type="checkbox"/> खाना खुवाउने ट्युब | <input type="checkbox"/> बोली तथा भाषामा ढिलाइ |
| <input type="checkbox"/> अर्थराइटिस वा अन्य जोर्नी समस्याहरू | <input type="checkbox"/> सुन्नमा कठिनाइ/सुनुवाइ उपकरण | <input type="checkbox"/> स्पाइलन कर्ड |
| <input type="checkbox"/> एनेमिया वा सिकल सेल रोग जस्ता रगतसम्बन्धी समस्याहरू | <input type="checkbox"/> मुटुसम्बन्धी समस्याहरू | <input type="checkbox"/> कठोर व्यक्तिको सिन्ड्रोम |
| <input type="checkbox"/> दम, COPD वा सिस्टिक फाइब्रोसिस जस्ता श्वासप्रश्वाससम्बन्धी समस्याहरू | <input type="checkbox"/> बौद्धिक असक्षमता/विकासत्मक ढिलाइ | <input type="checkbox"/> स्ट्रोक |
| <input type="checkbox"/> क्यान्सर | <input type="checkbox"/> बहु स्केलेरोसिस | <input type="checkbox"/> ट्याकियटोमी |
| <input type="checkbox"/> क्याथेटर हेरचाह | <input type="checkbox"/> मस्क्युलर डिस्ट्रोफी | <input type="checkbox"/> ट्रामेटिक मस्तिष्क चोटपटक |
| | <input type="checkbox"/> पाराप्लेजिया/क्वार्टिप्लेजिया | <input type="checkbox"/> दृष्टि कमजोर |
| | <input type="checkbox"/> पार्किन्सन रोग | |

कृपया तपाईंसँग काम गर्न इच्छुक उमेरहरू चिन्ह लगाउनुहोस् (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-2 वर्ष | <input type="checkbox"/> 19-35 वर्ष | <input type="checkbox"/> 65-74 वर्ष | <input type="checkbox"/> सबै उमेर |
| <input type="checkbox"/> 3-5 वर्ष | <input type="checkbox"/> 36-50 वर्ष | <input type="checkbox"/> 75-84 वर्ष | |
| <input type="checkbox"/> 6-18 वर्ष | <input type="checkbox"/> 51-64 वर्ष | <input type="checkbox"/> 85 र सोबन्दा बढी | |

बोलिने भाषा(हरू) (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

- अङ्ग्रेजी स्पेनिश अन्य (कृपया सूचीबद्ध गर्नुहोस्) _____

तपाईंले नेब्रास्का लाइफस्पेन रेस्पाइट नेटवर्कका बारेमा कसरी सुन्नुभयो? (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> प्रस्तुतीकरण | <input type="checkbox"/> ब्रोसर/पोस्टर | <input type="checkbox"/> साथी/नातेदार |
| <input type="checkbox"/> पत्रिका | <input type="checkbox"/> समाचारपत्र | <input type="checkbox"/> इन्टरनेट |
| <input type="checkbox"/> टिभी/केबल/रेडियो (कृपया गोलो घेरा लगाउनुहोस्) | <input type="checkbox"/> रेफरल | <input type="checkbox"/> अन्य _____ |

मैले मेरो जानकारी आधिकारिक नेब्रास्का सरकारको वेबसाइट, नेब्रास्का रिसोर्स एन्ड रेफरल सिस्टम (Nebraska Resource and Referral System, NRRS) रेस्पाइट रिसोर्सहरूका लागि प्रदायक सूचीमा समावेश गर्न अनुमति दिन्छु। तपाईंले "होइन" मा चिन्ह लगाउनुभयो भने तपाईंको जानकारी नेब्रास्का लाइफस्पेन रेस्पाइट नेटवर्क सुरक्षित अनलाइन प्रणालीमार्फत गोप्य रहने छ। हो होइन

नेब्रास्का लाइफस्पेन रेस्पाइट नेटवर्क प्रदायकका मानकहरूः

यो आवेदनमा हस्ताक्षर गरेर आवेदकले लाइफस्पेन रेस्पाइट नेटवर्क-स्वीकृत प्रदायक भएको आवेदन दिने अवस्थाका रूपमा, प्रदायक मानकहरूको अनुपालन आवश्यक छ भनी बुझ्छः

- रेस्पाइट हेरचाह उपलब्ध गरिरहेको छ भने व्यक्तिगत प्रदायकको उमेर 14 वा सोभन्दा बढी उमेरको हो भनी सुनिश्चित गर्नुहोस् वा प्रत्यक्ष हेरचाह प्राप्तकर्ता सम्पर्क भएको एजेन्सी कर्मचारी व्यक्ति DHHS बाल दुर्व्यवहार उपेक्षा केन्द्रीय रजिस्ट्री, DHHS वयस्क सुरक्षा सेवा केन्द्रीय रजिस्ट्री, राज्य पेट्रोल यौन अपराधी रजिस्ट्री र राज्य पेट्रोल आपराधिक इतिहास जाँचसहित क्लियर गरिएको छ। एजेन्सी आवेदकले यी जाँचहरूका नतिजाहरू कर्मचारी कर्मचारी फाइलहरूमा राख्ने छ र विभागलाई उपलब्ध गराउने छ।
- एजेन्सी प्रदायक इजाजतपत्र र/वा राज्य कानूनद्वारा आवश्यक रूपमा प्रमाणित गरिएको छ।
- प्रदायक विभाग वा राज्यको कर्मचारी होइन भनी पहिचान गर्ने स्वतन्त्र कन्ट्र्याक्टरका रूपमा रेस्पाइट सेवाहरू उपलब्ध गराउनुहोस्।
- हेरचाह प्राप्तकर्ताको गोपनीयताका अधिकारहरूको सम्मान गर्नुहोस् र गोपनीय जानकारीको सुरक्षा गर्नुहोस्।
- हेरचाह प्राप्तकर्ताको सुरक्षा र सम्पत्तिका लागि जिम्मेवारी स्वीकार गर्नुहोस्।
- सुरक्षित रूपमा रेस्पाइट हेरचाह उपलब्ध गराउन सहमत भएका कार्य (हरू) गर्न ज्ञान, अनुभव र / वा सीपहरू छन्।
- कुनै पनि शंकास्पद दुर्व्यवहार वा उपेक्षा कानून प्रवर्तन र / वा दुर्व्यवहार-उपेक्षा हटलाइनको (1-800-652-1999) मा तुरुन्तै रिपोर्ट गरिने छ भनेर सुनिश्चित गर्नुहोस्।
- शीर्षक 464 NAC 1.019.01 विभाग विवेकानुसार। विभागले निम्न परिस्थितिहरूमा प्राप्तकर्ताको छनौट प्रदायकलाई भुक्तानी अस्वीकार गर्ने अधिकार राख्छः
 - प्रदायक जालसाजीपूर्ण बिलिङमा संलग्न छ;
 - प्रदायकले अन्य विभागका कार्यक्रमहरूमा छल गरेको छ;
 - प्रदायकलाई दुर्व्यवहार वा कमजोर वयस्क वा बच्चाको उपेक्षा गरेकोमा दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई हिंसात्मक अपराधको दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई बाल पोर्नोग्राफीको दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई घरेलु दुर्व्यवहार वा आक्रमणको दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई 19 वर्षपछि र गत तीन वर्षभित्र पसल चोरीको दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई विगत 10 वर्षमा अपराध धोखाधडीका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई विगत पाँच वर्षमा दुर्व्यवहार धोखाधडीका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई गत 10 वर्षभित्र नियन्त्रणमा नियन्त्रित पदार्थहरूका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई गत 10 वर्षभित्र नियन्त्रित पदार्थहरूको निर्माणका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई पछिल्लो पाँच वर्षभित्र वेश्यावृत्ति वा वेश्यावृत्तिको अनुरोधका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई गत 10 वर्षभित्र डकैती वा चोरीका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई बलात्कार वा यौन दुर्व्यवहारका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायक दर्ता वा राज्य वा राष्ट्रिय यौन अपराधीको रजिस्ट्री वा भण्डारमा दर्ता हुनुपर्ने छ;
 - प्रदायकलाई बच्चा वा कमजोर वयस्क विरुद्ध कुनै पनि अपराधका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई अपहरणका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई पशु क्रूरता, दुर्व्यवहार वा उपेक्षाका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई आगजनीका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकलाई गत पाँच वर्षभित्र प्रभावान्तर्गत ड्राइभिङका लागि दोषी मानिएको छ;
 - प्रदायकसँग प्रभाव शुल्कान्तर्गत दुई वा सोभन्दा बढी पेन्डिङ ड्राइभिङ छ; वा
 - प्रदायकलाई बच्चा वा कमजोर वयस्कको सुरक्षालाई खतरामा पार्ने अन्य कुनै पनि अपराधहरूका लागि दोषी मानिएको छ।

मैले माथि उल्लेखित र सन्दर्भित मापदण्डहरू पढेको र बुझेको छु र सबै प्रदायकका मानकहरूको पालना गर्न सहमत छु भन्ने कुरा म प्रमाणित गर्छु।

तपाईं आफ्नो घरमा रेस्पाइट प्रदान गर्दै हुनुहुन्छ भने निम्न जानकारी पूरा गरिनुपर्छ र घरमा बस्ने 19 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका व्यक्तिहरूले रेस्पाइट उपलब्ध गराउन आवेदन नदिए तापनि हस्ताक्षर गरिएको हुनुपर्छ। तपाईं आफ्नो घर बाहिर रेस्पाइट प्रदान गर्दै हुनुहुन्छ भने आवेदकले पूरा गर्न र हस्ताक्षर गर्न मात्र आवश्यक छ। आवश्यक भएमा थप पानाहरू संलग्न गर्नुहोस्।

कृपया तपाईंको प्रदायक फाइलका लागि तपाईंको सवारी चालकको अनुमतिपत्र वा सरकारले जारी गरेको फोटो आइडीको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्।

_____	_____	____/____/____
आवेदकको हस्ताक्षर	स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको नाम	मिति (महिना, दिन, वर्ष)
_____	_____	____/____/____
घरपरिवार सदस्यको	हस्ताक्षर स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको नाम	मिति (महिना, दिन, वर्ष)
_____	_____	____/____/____
घरपरिवार सदस्यको हस्ताक्षर	स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको नाम	मिति (महिना, दिन, वर्ष)

तपाईंको आवेदन पेश गर्ने तरिका

नेब्रास्काको प्रत्येक क्षेत्रका लागि मेलिड ठेगाना फरक छ। तपाईं बस्नुहुने काउन्टी पत्ता लगाउनका लागि तलको नक्सा प्रयोग गर्नुहोस् र यो पूरा गरिएको कागज कागजात तल सूचीबद्ध गरिएका तपाईंको क्षेत्रको रेस्पाइट संयोजकलाई पठाउनुहोस्। तपाईंको आवेदनहरू ई-फाइल गर्नका लागि कृपया तपाईंको स्थानीय क्षेत्रीय संयोजकलाई तलको इमेल ठेगानामा आवेदन फाराम संलग्न गर्नुहोस्।

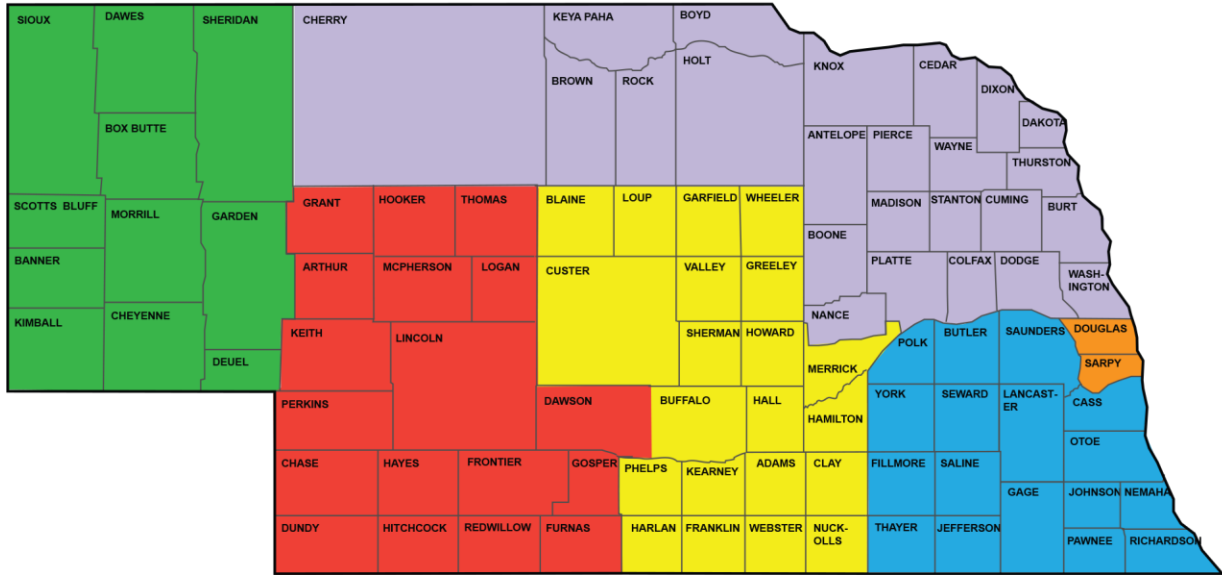
नेब्रास्का स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग नेब्रास्का लाइफस्पेन रेस्पाइट नेटवर्क

dhhs.ne.gov/respite

respite.ne.gov

Hanna Quiring, कार्यक्रम संयोजक
DHHS - बालबालिका तथा परिवार सेवा विभाग
लाइफस्पेन रेस्पाइट सब्सिडी कार्यक्रम र
असक्षमता भएका व्यक्ति तथा परिवार सहायता कार्यक्रम
(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, सामाजिक सेवा कार्यकर्ता
DHHS - बालबालिका तथा परिवार सेवा विभाग
लाइफस्पेन रेस्पाइट सब्सिडी कार्यक्रम र
असक्षमता भएका व्यक्ति तथा परिवार सहायता कार्यक्रम
(Family Support Program)
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188
dhhs.respitem@nebraska.gov



Western Service Area (स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क)
स्वास्थ्य तथा मानव सेवाका लागि प्यानह्यान्डल पार्टनरसिप (Panhandle Partnership for Health and Human Services)
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

Southwest Service Area (स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क)
साउथवेस्ट NE सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग (Southwest NE Public Health Department)
McCook, NE
(308) 345-4990 respitem@swhealth.ne.gov

Eastern Service Area (स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क)
The Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespitem@unmc.edu

Southeast Service Area (स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क)
(531) 530-7011 dhhs.respitem@nebraska.gov

Northern Service Area (स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क)
Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 577-0533 northrespitem@unmc.edu

Central Service Area (स्थानीय रेस्पाइट नेटवर्क)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respitem@imebraska.org

कर्मचारी संलग्नता
Kim Falk, लिड रेस्पाइट संयोजक
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmc.edu

UNL-CCFL (बालबालिका, परिवार र कानूनमा रहेको केन्द्र)
Charlie Lewis, परियोजना निर्देशक
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
Jessie Cook, वेब परियोजना विशेषज्ञ
402-472-9827 jessica.cook@unl.edu

MAP-115 संशोधित 5/22