

مهرباني وکړئ دې ته بېرته واستوئ:

یوازی د دفتر کارولو لپاره
د ترلاسه کولو نېټه: ____/____/____
د شالید کتل بشپړ شوي دي: ____/____/____
د دننه کولو یعنی لیکلو نېټه: ____/____/____

ابتدایي غوښتنلیک کلنی نوی والی

د غوښتونکي بشپړ قانوني نوم: _____

د کور پته: _____ ښار، ایالت، زیپ کود: _____

پوسټي پته (که چیرې بېله وي): _____ ښار، ایالت، زیپ کود: _____

د کور یا کرخنده تلیفون شمېره: _____ برېښنالیک: _____

آیا مور د برېښنالیک له لارې تاسو سره اړیکه نیولی شو؟ هو نه

آیا مور د متن پیغام له لارې تاسو سره اړیکه نیولی شو؟ هو نه

لومړنی نوم او یا نور نومونه چې کارول کیږي: _____ د زېږېدلو نېټه: ____/____/____

د شته وختونو لپاره بکسونه په نښه کړئ:	دوشنبه	سه شنبه	چهار شنبه	پنج شنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه
د ورځي وخت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د ماښام وختونه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د شپې وختونه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تمدید شوي مودي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د اضطرابي حالتونو/بحران رخصتۍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

آیا تاسو رضا یاست چې د رخصتۍ ورکولو لپاره یا پاملرنې ترلاسه کوونکي یو ځای نه بل ځای ته ټاکل شويو فعالیتونو ته بوتللو لپاره او داسې نورو کارونو لپاره سفر وکړئ؟ هو نه

که ځواب مو هو وي، ستاسو له آدرس څخه اعظمي واټن: 10 مایله 25 مایله 50 مایله له 50 میلیونو څخه زیات

بشارونه/کاونټي چې تاسو خدمت ورته چمتو کړی دی:

مهرباني وکړئ د پاملرنې هغه ډولونه په نښه کړئ چې تاسو یې وړاندي کولو ته رضا یاست:

غیر مسلکي ملتیا کوونکی مسلکي رنځورپالنه یعنی نرسنگ

مهرباني وکړئ په نښه کړئ چې چیرې تاسو د رخصتۍ چمتو کولو لپاره رضا یاست:

د پاملرنې ترلاسه کوونکي کور د وړاندي کوونکي کور د ټولني لخوا ترتیب شوی ځای

مهرباني وکړئ د ورځني ژوند هغه فعالیتونه (ADLS) په نښه کړئ چې تاسو ورسره کار کولو ته رضا یاست:

تشناب کارول حمام کول خواړه تشناب کارول خوڅښت جامي اغوستل لېږدول خان سپنګار کول

مهرباني وکړئ هغه احساساتي او چلندي نمیکړتیاوي په نښه کړئ چې تاسو ورسره کار کولو ته رضا یاست:

ADD/ADHD لور فعالیت یا Hyperactivity انډېمنټیا یا اضطراب رواني اختلال خپګان یا ګرومچن کېدل د مخالف په وړاندي د قهر اختلال یا Oppositional Defiant Disorder وژونکی الکولي سندروم په فزیکي توګه تیریدونکی

د مور او پلار یا پالونکي سره د سالم اړیکو ټینګولو کې د مبارزه کولو اختلال یا Reactive Attachment Disorder د خان ناوړه ګټه اخیستنه احساساتي انفجار بی موخه ګرځېدل

مهربانی وکړئ د هغه طبي او روغتیايي نیمګړتیاوې او/یا خانګړي معلولیتونه په نښه کړئ چې تاسو ورسره کار کولو ته رضا یاست:

- د ضبط ناروغي
- شديده الرجي
- د وېنا او ژبې خنډ
- حرام مغز
- د عضلاتو سختوالي يعنې Stiff Person's Syndrome
- سگته
- Tracheotomy
- د صدمې له امله دماغي زخم
- بصري معلولیت
- مغزي فالج
- شكري ناروغي
- د خواره وړکولو تيوب
- د اورېدلو معلولیت/د اورېدلو مرستې
- د زړه ستونزې
- فکري معلولیت/ پراختيايي خنډ
- د مرکزي عصبي سيستم ناروغي يا Multiple Sclerosis
- د عضلاتو پرمختللي کمزوري يا Muscular Dystrophy
- د نیم بدن فالج کېدل/د ټول بدن فالج کېدل
- د Parkinson's ناروغي
- ALS/Lou Gehrig's مرض يعنې ناروغتيا
- الزايمر/د عقل کمزورتيا
- په متقابل ټولنيزو اړيکو کې نیمګړتياوې او د چلند محدود او تکرار نمونو د شتون اختلال يا Autism/Autism Spectrum Disorder
- د مفصلونو درد يا نورې د مفصلونو ستونزې
- د وينې ستونزې لکه د وينې کمښت يا Sickle Cell Disease
- تنفسي ستونزې لکه د نفس تنګي، COPD يا Cystic Fibrosis
- سرطان
- د Catheter پاملرنه

مهربانی وکړئ هغه عمرونه په نښه کړئ چې تاسو ورسره کار کولو ته رضا یاست (ټول هغه څه په نښه کړئ چې پلي کېږي):

- 2-0 کلونه
- 3-5 کلونه
- 6-18 کلونه
- 19-35 کلونه
- 36-50 کلونه
- 51-64 کلونه
- 65-74 کلونه
- 75-84 کلونه
- 85 کلونه او پورته
- ټول عمرونه

هغه ژبه یا ژبې چې ویلی شي (ټولې هغه په نښه کړئ چې پلي کېږي):

- انګلیسي
- هسپانوي
- نور (مهربانی وکړئ لیست یې کړئ)

تاسو څنګه د Nebraska Lifespan Respite Network په اړه خبر شؤئ؟ (ټول هغه په نښه کړئ چې پلي کېږي)

- وړاندېینه
- ورځپاڼه
- ټلویزیون/کیبل/راډیو (مهربانی وکړئ د اړخ ترینه تاو کړئ)
- بروشر/ پوسټر
- خبرپاڼه
- راجع کوونکی
- ملګری/خپلوان
- انټرنېټ
- نور

زه اجازه ورکوم چې زما معلومات د Nebraska حکومت ویب پاڼه، د Nebraska سرچینې او راجع کولو سیستم

(Nebraska Resource and Referral System) (NRRS) د

رخصتې سرچینو لپاره وړاندې کوونکو په لیست کې شامل شي. که تاسو "نه" په نښه کړئ، نو ستاسو معلومات به د Nebraska Lifespan Respite Network خوندي آنلاین سیستم له لارې شخصي پاتې شي. هو نه

د Nebraska Lifespan Respite د شبکې وړاندې کوونکو معیارونه:

د دې غوښتنلیک لاسلیک کولو سره غوښتونکی پوهېږي چې د Lifespan Respite Network لخوا تایید شوي وړاندې کوونکي کېدو لپاره د غوښتنلیک شرایطو په توګه، د وړاندې کوونکي معیارونو سره موافقت اړین دی:

1. داد تر لاسه کړئ چې انفرادي وړاندې کوونکی، چې عمر یې 14 کلونه یا ډېر وي، که چېرې د رخصتې پاملرنې وړاندې کوي، یا د ادارې کارمندانو یو کس چې د پاملرنې تر لاسه کوونکي سره مستقیم اړیکه لري، د DHHS ماشوم ناوړه ګټه اخیستنې ادارې/Neglect Central Registry، د DHHS د بالغانو د محافظت خدماتو مرکزي رجسټري، د دولتي کزې جنسي مجرمینو رجسټري او د ایالت کزې جنایې سوابقو چک کولو ادارې لخوا پاک اعلان شوی. د ادارې غوښتونکی به د کارمندانو د دغه معایناتو پایلې د کارمندانو په شخصي دوسيو کې وساتي او د بېارتمنت ته به چمتو کړي.
2. د ادارې وړاندې کوونکی جواز لري او/یا د ایالت د قانون لخوا د اړتیا پر اساس تصدیق شوی دی.
3. د خپلواک قراردادي په توګه د رخصتې خدمات وړاندې کوي او دا معلومه ده چې چمتو کوونکی د بېارتمنت یا د ایالت کارمند نه دی.
4. د پاملرنې تر لاسه کوونکی د محرمیت حقونو ته درناوی کوي او محرم معلومات خوندي کوي.
5. د پاملرنې تر لاسه کوونکی د خونديتوب او ملکیت مسولیت په غاړه مني.
6. په خوندي ډول د رخصتې پاملرنې وړاندې کولو اړوند موافقه شوې دندې تر سره کولو لپاره پوهه، تجربه، او/یا مهارتونه لري.
7. داد تر لاسه کوي چې هر شکمن ناوړه ګټه اخیستنه یا غفلت په اړه به سمدستي د قانون پلي کوونکي او/یا د ناوړه ګټه اخیستنې-غفلت د بېرني تلیفون نمبر (1-800-652-1999) ته خبر ورکړل شي.
8. د Title 464 NAC 1.019.01 د بېارتمنت د واک سره سم. د بېارتمنت په لاندې حالتونو کې د تر لاسه کوونکي د انتخاب وړ وړاندې کوونکي ته د تادېي رد کولو واک ساتي:
 - a. وړاندې کوونکی په جعلي بیلونو جوړولو کې ښکېل دی؛
 - b. وړاندې کوونکي د بېارتمنت په نورو پروګرامونو کې درغلي کړي ده؛
 - c. وړاندې کوونکي د زیانمن کېدو وړ بالغ یا ماشوم څخه ناوړه ګټه اخیستنې یا غفلت په تور محکوم شوی؛
 - d. وړاندې کوونکی په یوه تاوتریخوالي جرم محکوم شوی دی؛
 - e. وړاندې کوونکی د ماشومانو د فحشا په تور محکوم شوی دی؛
 - f. وړاندې کوونکی د کورنۍ ناوړه ګټه اخیستنې یا برید په تور محکوم شوی دی؛
 - g. وړاندې کوونکی له 19 کلنۍ وروسته او په تېرو درېو کلونو کې د پلورنځي د غلا په تور محکوم شوی دی؛
 - h. وړاندې کوونکی په تېرو 10 کلونو کې د جرمي درغلي په تور محکوم شوی دی.
 - i. وړاندې کوونکی په تېرو پنځو کلونو کې د ناوړه چلند درغلي په تور محکوم شوی دی.
 - j. وړاندې کوونکی په تېرو 10 کلونو کې د کنټرول شوي موادو د ملکیت لپاره محکومیت لري؛
 - k. وړاندې کوونکی په تېرو 10 کلونو کې د کنټرول شوي موادو د تولید لپاره محکومیت لري؛
 - l. وړاندې کوونکی په تېرو پنځو کلونو کې د فحشا یا فحشا غوښتنې لپاره محکومیت لري؛
 - m. وړاندې کوونکی په تېرو 10 کلونو کې په غلا یا لوټ کولو محکوم شوی دی؛
 - n. وړاندې کوونکی په زور نیول یا جنسي تېري په تور محکوم شوی دی؛
 - o. وړاندې کوونکی راجسټر شوی او یا اړین دی چې د ایالت یا ملي جنسي تېري کوونکو راجسټر یا ذخیره کې راجسټر شي؛
 - p. وړاندې کوونکی د ماشوم یا زیانمن کېدو وړ بالغ پورې اړوند د کوم یو هم جرم لپاره محکومیت لري؛
 - q. وړاندې کوونکی د تېنټوني په تور محکوم شوی؛
 - r. وړاندې کوونکی د څارویو ظلم، ناوړه ګټه اخیستنې یا غفلت لپاره محکومیت لري؛
 - s. وړاندې کوونکی د اور اچونې لپاره محکوم شوی؛
 - t. وړاندې کوونکی په تېرو پنځو کلونو کې د نفوذ لاندې د موټر چلولو لپاره محکومیت لري؛
 - u. وړاندې کوونکی د نفوذ لاندې موټر چلولو دوه یا ډېرو نورو محاکمه کې د محکمې حکم ته انتظار دی؛ یا
 - v. وړاندې کوونکی د نورو جرمونو لپاره محکومیت لري چې د ماشوم یا زیانمن کېدونکي بالغ خونديتوب له خطر سره مخ کوي.

زه تصدیق کوم چې ما پورته ذکر شوي معیارونه لوستلي او پوهېږم او موافق یم چې د ټولو معیارونو سره سم عمل وکړم.

که تاسو په خپل کور کې رخصتې ورکوي کوئ، نو لاندې معلومات باید د 19 کلونو یا ډیر عمر لرونکو لخوا بشپړ او لاسلیک شي چې په کورنۍ کې ژوند کوي، حتی که دوی د رخصتې چمتو کولو لپاره غوښتنه نه کوي. که تاسو د خپل کور څخه بهر رخصتې چمتو کوئ، نو یوازې غوښتونکی باید بشپړ او لاسلیک وکړي. د اړتیا په صورت کې اضافي ورقي اضافه کړئ.

مهرباني وکړئ د خپل موټر چلولو د لایسنس کاپي یا د حکومت لخوا صادر شوي عکس لرونکي ID ستاسو د وړاندې کوونکي دوسي لپاره ضمیمه کړئ.

/ / نیټه (مياشت، ورځ، کال)	واضح نوم	د غوښتونکي لاسلیک
/ / نیټه (مياشت، ورځ، کال)	لاسلیک واضح نوم	د کورنۍ غړی
/ / نیټه (مياشت، ورځ، کال)	واضح نوم	د کورنۍ د غړي لاسلیک

څنگه خپل غوښتنلیک وسپاری

د Nebraska د هرې سیمې لپاره پوستي پته توپیر لري. د لاندې نقشې په کارولو سره هغه کاونټي معلومه کړئ چې تاسو پکې ژوند کوئ او ستاسو په لاندې لیست شوي سیمه کې د رخصتۍ همغږي کوونکي ته دا بشپړ د کاغذ سند واستوئ. د خپل غوښتنلیکونو برېښنایي فایل کولو لپاره مهرباني وکړئ د غوښتنلیک فورمه په برېښنالیک کې ضمیمه کړئ کوم برېښنالیک چې لاندې ستاسو سیمه ایز همغږي کوونکي ته په نښه شوی دی.

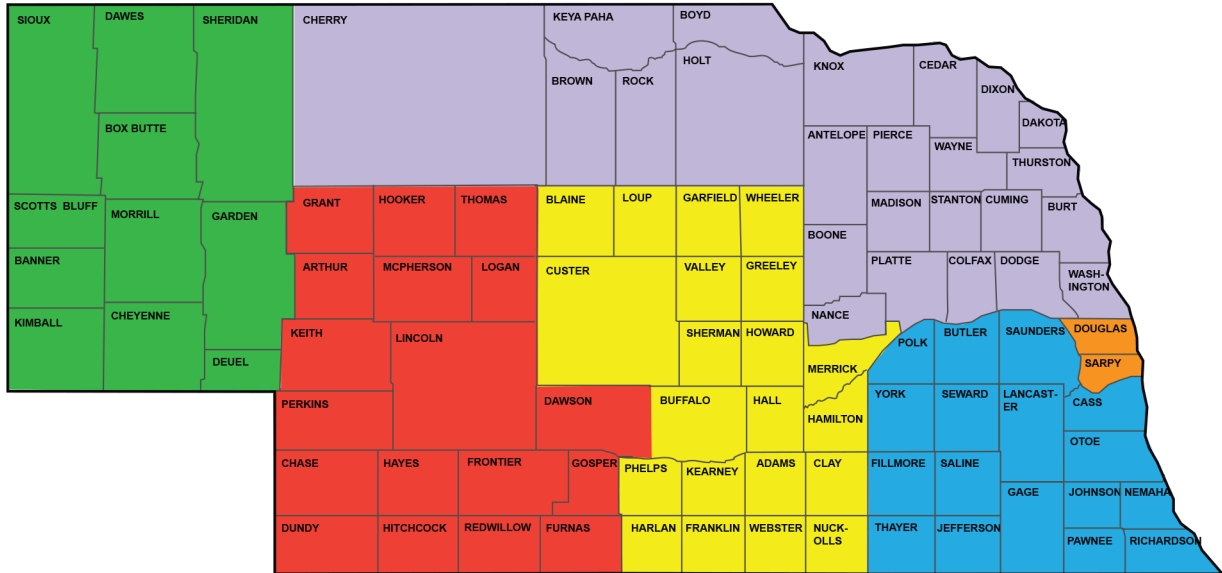
د Nebraska د روغتیا او بشري خدماتو څانګه د NEBRASKA LIFESPAN RESPITE شبکې

respite.ne.gov

dhhs.ne.gov/respite

Jan Drewel، د ټولنیزو خدماتو کارمند
DHHS - د ماشومانو او کورنیو خدماتو څانګه
د Lifespan Respite Subsidy Program او
معلوله کسانو او د کورنۍ ملاتړ پروګرام
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188
dhhs.respite@nebraska.gov

Hanna Quiring د پروګرام همغږي کوونکي
DHHS - د ماشومانو او کورنیو خدماتو څانګه
د Lifespan Respite Subsidy Program او
معلوله کسانو او د کورنۍ ملاتړ پروګرام
Nebraska State TSB Building, 1410 M St.
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(531) 530-7011
hanna.quiring@nebraska.gov



د شمالي خدماتو ساحه (Local Respite Network)
Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 577-0533 northrespite@unmc.edu

د مرکزي خدماتو ساحه (Local Respite Network)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respite@irnebraska.org

د کار ګمارونکي ښکېلتیا
Kim Falk، د رخصتو مسؤل همغږي کوونکي
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmc.edu

UNL-CCFL (د ماشومانو، کورنیو او د قانون مرکز)
Charlie Lewis، د پروژې مدیر
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
Jessie Cook، د ویب پروژې متخصص
402-472-9827 jessica.cook@unl.edu

د لویدیځ خدماتو ساحه (Local Respite Network)
د روغتیا او بشري خدماتو لپاره د Panhandle شراکت
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

د سویل لویدیځ خدماتو ساحه (Local Respite Network)
د سویل لویدیځ NE د عامه روغتیا دپارتمنت
McCook, NE
(308) 345-4990 respite@swhealth.ne.gov

د ختیځ خدماتو ساحه (Local Respite Network)
The Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespite@unmc.edu

د سویل ختیځ د خدمت ساحه (Local Respite Network)
(531) 530-7011 dhhs.respite@nebraska.gov