

**Тільки для службового використання**Дата отримання: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Завершено перевірку наданих відомостей: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Дата надходження: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Поверніть заповнений документ до:

 Первинна заява  Щорічне оновлення даних

Повне офіційне ім'я та прізвище заявника:

Домашня адреса:

Місто, штат, індекс:

Поштова адреса (якщо відрізняється):

Місто, штат, індекс:

Домашній або мобільний телефон:

Ел. пошта:

Чи можемо ми зв'язатися з вами електронною поштою?

 Так  Ні

Чи можемо ми зв'язатися з вами через SMS?

 Так  Ні

Прізвище до шлюбу або інші використовувані імена та прізвища:

Дата народження:

Вкажіть час, коли ви доступні для роботи:

ПОН.

ВІВТ.

СЕР.

ЧЕТВ.

П'ЯТН.

СУБ.

НЕД.

ДЕНЬ

ВЕЧІР

НІЧ

ТРИВАЛІ ПЕРІОДИ

ПЕРЕПОЧИНОК У

НАДЗВИЧАЙНИХ/КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

Чи готові ви виїжджати для надання перепочинку або транспортування отримувача допомоги на заплановані заходи тощо?  Так  НіЯкщо так, то максимальна відстань подорожі від вашої адреси:  10 миль  25 миль  50 миль  понад 50 миль

Населенні пункти/райони, які ви обслуговуєте:

Позначте види допомоги, які ви готові надати:

 Некваліфікований компаньйон  Кваліфікований сестринський догляд

Позначте, де ви готові надавати перепочинок:

 Вдома в отримувача допомоги  Вдома у постачальника послуг  У громадських приміщеннях

Позначте види повсякденної допомоги (Activities of Daily Living (ADLS)), які ви готові надавати:

 Туалет  Купання  Дієтичне харчування  Догляд за собою  
 Мобільність  Одягання  Транспортування

Позначте емоційні та поведінкові порушення, з якими ви готові працювати:

 СДУ/СДУГ  Гіперактивність  Реактивний розлад прив'язаностей  
 Тривожність  Психічні розлади  Самоушкодження  
 Депресія  Опозиційно-зухвалий розлад  Спалахи гніву та істерики  
 Ембріональний алкогольний синдром  Фізична агресивність  Втеча

Позначте порушення здоров'я та/або специфічні вади, з якими ви готові працювати:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> БАС/Хвороба Лу Геріга  | <input type="checkbox"/> Дитячий церебральний параліч                   | <input type="checkbox"/> Судомний розлад                           |
| <input type="checkbox"/> Хвороба Альцгеймера/деменція                                   | <input type="checkbox"/> Діабет   | <input type="checkbox"/> Сильна алергія                            |
| <input type="checkbox"/> Аутизм/розлади аутистичного спектру                            | <input type="checkbox"/> Трубка для харчування                          | <input type="checkbox"/> Затримки мовного та мовленнєвого розвитку |
| <input type="checkbox"/> Артрит або інші проблеми із суглобами                          | <input type="checkbox"/> Порушення слуху/слухові апарати                | <input type="checkbox"/> Проблеми із хребтом                       |
| <input type="checkbox"/> Захворювання крові, як-от анемія або серповидноклітинна анемія | <input type="checkbox"/> Проблеми з серцем                              | <input type="checkbox"/> Синдром м'язової скутості                 |
| <input type="checkbox"/> Проблеми з диханням, як-от астма, ХОЗЛ або муковісцидоз        | <input type="checkbox"/> Інтелектуальна недостатність/затримка розвитку | <input type="checkbox"/> Інсульт                                   |
| <input type="checkbox"/> Рак  | <input type="checkbox"/> Розсіяний склероз                              | <input type="checkbox"/> Трахеотомія                               |
| <input type="checkbox"/> Догляд за катетером  | <input type="checkbox"/> М'язова дистрофія                              | <input type="checkbox"/> Черепно-мозкова травма                    |
|   | <input type="checkbox"/> Паралегія/квадриплегія                         | <input type="checkbox"/> Порушення зору                            |
|   | <input type="checkbox"/> Хвороба Паркінсона                             |  |

Позначте, з якими віковими категоріями ви готові працювати (позначте всі застосовні варіанти):

- |                                     |                                      |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0-2 роки   | <input type="checkbox"/> 19-35 років | <input type="checkbox"/> 65-74 років     | <input type="checkbox"/> Будь-який вік |
| <input type="checkbox"/> 3-5 років  | <input type="checkbox"/> 36-50 років | <input type="checkbox"/> 75-84 років     |  |
| <input type="checkbox"/> 6-18 років | <input type="checkbox"/> 51-64 роки  | <input type="checkbox"/> старше 85 років |  |

Мова(-и), якою(-ими) ви розмовляєте (позначте всі застосовні варіанти):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Англійська мова | <input type="checkbox"/> Іспанська мова | <input type="checkbox"/> Інша (вказати) |
|--|---|---|

Як ви дізналися про мережу Nebraska Lifespan Respite Network? (позначте всі застосовні варіанти)

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Презентація                              | <input type="checkbox"/> Брошура/плакат         | <input type="checkbox"/> Друг/родич |
| <input type="checkbox"/> Газета                                   | <input type="checkbox"/> Інформаційний бюлетень | <input type="checkbox"/> Інтернет   |
| <input type="checkbox"/> Телебачення/кабельне ТБ/радіо (обведіть) | <input type="checkbox"/> Направлення            | <input type="checkbox"/> Інше _____ |

Я даю дозвіл на розміщення моєї інформації на офіційному веб-сайті уряду штату Небраска в переліку постачальників послуг системи Nebraska Resource and Referral System (NRRS), що надають ресурси перепочинку. Якщо ви позначите «Ні», ваша інформація залишатиметься приватною в безпечній онлайн-системі Nebraska Lifespan Respite Network.  Так  Ні

## Стандарти, що застосовуються до постачальників послуг Nebraska Lifespan Respite Network:

Підписуючи цю заяву, заявник розуміє, що умовою отримання статусу постачальника послуг, затвердженого мережею Lifespan Respite Network, є дотримання стандартів, що застосовуються до постачальників:

1. Переконатися, що індивідуальний постачальник віком старше 14 років, якщо він надає тимчасовий догляд, або співробітники агентства, які безпосередньо контактують з отримувачами послуг, пройшли перевірку в Центральному реєстрі з питань жорстокого поводження з дітьми (DHHS Child Abuse/Neglect Central Registry), Центральному реєстрі служб захисту дорослих (DHHS Adult Protective Services Central Registry), Реєстрі сексуальних злочинців державної патрульної служби (State Patrol Sexual Offenders Registry) та перевірку судимостей державної патрульної служби (State Patrol Criminal History Check). Результати цих перевірок зберігатимуться в особових справах працівників і будуть доступні Департаменту для ознайомлення.
2. Агентство, що надає послуги, повинно мати ліцензію та/або сертифікат, як того вимагає законодавство.
3. Надавати послуги з перепочинку як незалежний підрядник, визнаючи, що постачальник послуг не є працівником Департаменту або штату.
4. Поважати право отримувача допомоги на конфіденційність і захищати конфіденційну інформацію.
5. Визнавати свою відповідальність за безпеку та майно отримувача допомоги.
6. Мати знання, досвід та/або навички для виконання погодженого завдання (завдань) з метою безпечного надання перепочинку.
7. Обов'язково негайно повідомляти про будь-яку підозру на жорстоке поводження чи невиконання обов'язків у правоохоронні органи та/або на гарячу лінію з питань жорстокого поводження (Abuse-Neglect hotline) (1-800-652-1999).
8. Відповідно до Розділу 464 NAC 1.019.01 НА РОЗСУД ДЕПАРТАМЕНТУ Департамент залишає за собою право відмовити в оплаті постачальнику, якого обрав отримувач послуг, за таких обставин:
  - a. постачальник здійснює шахрайське виставлення рахунків;
  - b. постачальник здійснював шахрайство в інших програмах Департаменту;
  - c. постачальник був засуджений за жорстоке поводження або нехтування обов'язками по відношенню до вразливих дорослих або дітей;
  - d. постачальник був засуджений за насильницький злочин;
  - e. постачальник був засуджений за дитячу порнографію;
  - f. постачальник був засуджений за домашнє насильство або напад;
  - g. постачальник був засуджений за крадіжку в магазині у віці старше 19 років і протягом останніх трьох років;
  - h. постачальник має судимість за значне шахрайство протягом останніх 10 років;
  - i. постачальник має судимість за незначне шахрайство протягом останніх п'яти років;
  - j. постачальник має судимість за зберігання контрольованих речовин протягом останніх 10 років;
  - k. постачальник має судимість за виробництво контрольованих речовин протягом останніх 10 років;
  - l. постачальник має судимість за проституцію або схиляння до проституції протягом останніх п'яти років;
  - m. постачальник має судимість за пограбування або крадіжку зі зломом протягом останніх 10 років;
  - n. постачальник має судимість за зґвалтування або сексуальне насильство;
  - o. постачальник послуг зареєстрований або повинен бути зареєстрований у державному чи національному реєстрі або сховищі даних про сексуальних злочинців;
  - p. постачальник має судимість за будь-який злочин проти дитини або вразливого дорослого;
  - q. постачальник має судимість за викрадення людини;
  - r. постачальник має судимість за жорстоке поводження з тваринами, насильство або нехтування ними;
  - s. постачальник має судимість за підпал;
  - t. постачальник має судимості за керування т/з у нетверезому стані протягом останніх п'яти років;
  - u. постачальник має два або більше звинувачень у керуванні т/з у нетверезому стані, що розглядаються в суді; або
  - v. постачальник має судимості за будь-які інші злочини, що загрожують безпеці дитини або вразливого дорослого.

Я підтверджую, що я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) стандарти, викладені та згадані вище, і погоджуюся дотримуватися всіх стандартів, що застосовуються до постачальників.

**Якщо ви надаєте послуги перепочинку у себе вдома, наступна інформація повинна бути заповнена і підписана будь-якою особою віком від 19 років, яка проживає в домогосподарстві, навіть якщо вона не подає заяву на надання послуг перепочинку. Якщо ви надаєте перепочинок за межами свого будинку, тільки заявник повинен заповнити і підписати цю інформацію. За потреби додайте додаткові аркуші.**

**Додайте копію вашого посвідчення водія або державного посвідчення особи з фотографією до пакету документів постачальника.**

_____	_____	____/____/____
Підпис заявника	Ім'я та прізвище друківаними літерами	Дата (місяць, день, рік)
_____	_____	____/____/____
Підпис члена домогосподарства	Ім'я та прізвище друківаними літерами	Дата (місяць, день, рік)
_____	_____	____/____/____
Підпис члена домогосподарства	Ім'я та прізвище друківаними літерами	Дата (місяць, день, рік)

## Як подати заяву

Поштова адреса буде відрізнятися для кожного регіону штату Небраска. За допомогою наведеної нижче карти знайдіть округ, в якому ви проживаєте, і надішліть цей заповнений паперовий документ координатору із перепочинку у вашому регіоні, вказаному нижче. Щоб подати заяву в електронному вигляді, прикріпіть форму заяви до електронного листа, надісланого до місцевого регіонального координатора, вказаного нижче.

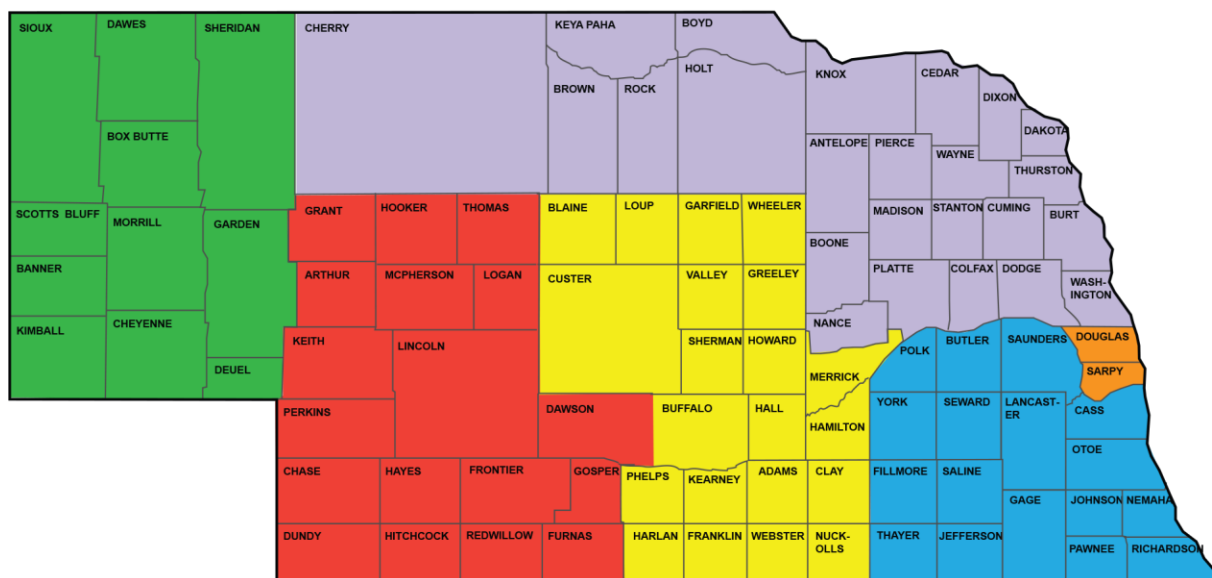
## Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення штату Небраска (Nebraska Department of Health and Human Services) Мережа Nebraska Lifespan Respite Network

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

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

**Hanna Quiring**, координатор програми  
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](mailto:hanna.quiring@nebraska.gov)

**Jan Drewel**, працівник соціальної служби  
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](mailto:dhhs.respitem@nebraska.gov)



**Зхідний регіон обслуговування**(місцева мережа перепочинку (Local Respite Network))  
Panhandle Partnership for Health and Human Services  
Chadron, NE  
(308) 432-8190 [specialprojects@wchr.net](mailto:specialprojects@wchr.net)

**Південно-західний регіон обслуговування**(місцева мережа перепочинку (Local Respite Network))  
Southwest NE Public Health Department  
McCook, NE  
(308) 345-4990 [respitem@swhealth.ne.gov](mailto:respitem@swhealth.ne.gov)

**Східний регіон обслуговування**(місцева мережа перепочинку (Local Respite Network))  
The Munroe-Meyer Institute UNMC  
Omaha, NE  
(402) 559-5732 [eastrespitem@unmc.edu](mailto:eastrespitem@unmc.edu)

**Південно-східний регіон обслуговування**(місцева мережа перепочинку (Local Respite Network))  
(531) 530-7011 [dhhs.respitem@nebraska.gov](mailto:dhhs.respitem@nebraska.gov)

**Північний регіон обслуговування**(місцева мережа перепочинку (Local Respite Network))  
Munroe-Meyer Institute UNMC  
Omaha, NE  
(402) 577-0533 [northrespitem@unmc.edu](mailto:northrespitem@unmc.edu)

**Центральний регіон обслуговування**(місцева мережа перепочинку (Local Respite Network))  
Independence Rising  
Kearney, NE  
(402) 309-4344 [respitem@irnebraska.org](mailto:respitem@irnebraska.org)

**Залучення роботодавців**  
Kim Falk, провідний координатор із перепочинку  
UNMC-MMI  
(402) 559-4951 [kim.falk@unmce.edu](mailto:kim.falk@unmce.edu)

**UNL-CCFL** (Center on Children, Families & the Law)  
Charlie Lewis, директор проєкту  
(402) 472-9815 [clewis@unl.edu](mailto:clewis@unl.edu)  
Jessie Cook, спеціаліст з веб-проєктів  
402-472-9827 [jessica.cook@unl.edu](mailto:jessica.cook@unl.edu)