

Chi Dùng Trong Văn Phòng

Ngày Nhận: ____/____/____

Đã Hoàn Thành Kiểm Tra Lý Lịch: ____/____/____

Ngày Nhập: ____/____/____

Vui lòng gửi lại cho:

 Đơn Đăng Ký Ban Đầu Cập Nhật Hàng Năm

Tên Pháp Lý Đầy Đủ của Người Nộp Đơn:

Địa Chỉ Nhà:

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện:

Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác):

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện:

Số Điện Thoại Nhà Riêng hoặc Số Điện Thoại Di Động: Email:

Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị qua email không?

 Có Không

Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị qua tin nhắn không?

 Có Không

Tên Thời Con Gái hoặc Tên Khác Được Sử Dụng:

Ngày Sinh:

Tích vào các ô thời gian sẵn sàng:

THỨ HAI

THỨ BA

THỨ TƯ

THỨ NĂM

THỨ SÁU

THỨ BẢY

CHỦ NHẬT

BAN NGÀY

BUỔI TỐI

QUA ĐÊM

THỜI GIAN KÉO DÀI

TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP/CHĂM SÓC
THAY THẾ KHI CÓ KHỦNG HOẢNGQuý vị có sẵn sàng di chuyển để cung cấp chăm sóc thay thế hoặc vận chuyển người nhận chăm sóc đến các hoạt động theo lịch trình, v.v. không? Có KhôngNếu có, khoảng cách tối đa từ địa chỉ của quý vị: 10 dặm 25 dặm 50 dặm trên 50 dặm

Các Thị Trấn/Quận Đã Từng Cung Cấp Dịch Vụ:

Vui lòng tích vào các loại dịch vụ chăm sóc quý vị sẵn sàng cung cấp:

 Người Đồng Hành Không Chuyên Điều Dưỡng Có Chuyên Môn

Vui lòng tích vào nơi quý vị sẵn sàng cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế:

 Nhà của Người Nhận Chăm Sóc Nhà của Nhà Cung Cấp Địa Điểm Cộng Đồng

Vui lòng đánh dấu các Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày (ADLS) mà quý vị sẵn sàng hỗ trợ:

 Đi vệ sinh Tắm Ăn uống Chải chuốt Di chuyển Mặc quần áo Vận chuyển

Vui lòng đánh dấu các Rối Loạn về Cảm Xúc và Hành Vi mà quý vị sẵn sàng hỗ trợ:

 ADD/ADHD Tăng Động Rối Loạn Phản Ứng Gắn Bó Lo Âu Rối Loạn Tâm Thần Tự Ngược Đãi Bản Thân Trầm Cảm Rối Loạn Thách Thức Chống Đối Cấu Kính Hội Chứng Rượu Bào Thai Hung Hăng Lang Thang

Vui lòng đánh dấu các Suy Giảm về Y Khoa và Sức Khỏe và/hoặc Khuyết Tật Cụ Thể mà quý vị sẵn sàng hỗ trợ:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALS/Bệnh Lou Gehrig | <input type="checkbox"/> Bại Não | <input type="checkbox"/> Rối Loạn Co Giật |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Alzheimer/Sa Sút Trí Tuệ | <input type="checkbox"/> Tiểu Đường | <input type="checkbox"/> Dị Ứng Nghiêm Trọng |
| <input type="checkbox"/> Tự Kỳ/Rối Loạn Phở Tự Kỳ | <input type="checkbox"/> Ống Thông Dạ Dày | <input type="checkbox"/> Chậm Nói và Chậm Phát Triển Ngôn Ngữ |
| <input type="checkbox"/> Viêm Khớp hoặc Các Vấn Đề về Khớp Khác | <input type="checkbox"/> Khiếm Thính/Máy Trợ Thính | <input type="checkbox"/> Tuỷ Sống |
| <input type="checkbox"/> Các vấn đề về máu, chẳng hạn như bệnh Thiếu Máu hoặc Bệnh Hồng Cầu Hình Liềm | <input type="checkbox"/> Vấn Đề Về Tim | <input type="checkbox"/> Hội Chứng Người Cứng |
| <input type="checkbox"/> Các vấn đề về hô hấp như Hen Suyễn, COPD hoặc Xơ Nang | <input type="checkbox"/> Khuyết Tật Trí Tuệ/Chậm Phát Triển | <input type="checkbox"/> Đột Quy |
| <input type="checkbox"/> Ung Thư | <input type="checkbox"/> Đa Xơ Cứng | <input type="checkbox"/> Mở Khí Quản |
| <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Đặt Ống Thông | <input type="checkbox"/> Loạn Dưỡng Cơ | <input type="checkbox"/> Chấn Thương Sọ Não |
| | <input type="checkbox"/> Liệt Hai Chi Dưới/Liệt Tứ Chi | <input type="checkbox"/> Suy Giảm Thị Lực |
| | <input type="checkbox"/> Bệnh Parkinson | |

Vui lòng đánh dấu độ tuổi quý vị sẵn sàng hỗ trợ (đánh dấu tất cả các ô phù hợp):

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-2 tuổi | <input type="checkbox"/> 19-35 tuổi | <input type="checkbox"/> 65-74 tuổi | <input type="checkbox"/> Mọi Lứa Tuổi |
| <input type="checkbox"/> 3-5 tuổi | <input type="checkbox"/> 36-50 tuổi | <input type="checkbox"/> 75-84 tuổi | |
| <input type="checkbox"/> 6-18 tuổi | <input type="checkbox"/> 51-64 tuổi | <input type="checkbox"/> 85 tuổi trở lên | |

(Các) ngôn ngữ quý vị nói (tích vào tất cả các ô phù hợp):

- Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Ngôn ngữ khác (vui lòng liệt kê) _____

Quý vị biết đến Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế Trộn Đồi Nebraska như thế nào? (đánh dấu tất cả các ô phù hợp)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bài Thuyết Trình | <input type="checkbox"/> Tờ Quảng Cáo/Áp Phích | <input type="checkbox"/> Bạn Bè/Người Thân |
| <input type="checkbox"/> Báo Chí | <input type="checkbox"/> Bản Tin Điện Tử | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> TV/Truyền Hình Cáp/Radio (vui lòng khoanh tròn) | <input type="checkbox"/> Giới thiệu | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Tôi cho phép đưa thông tin của mình lên Trang Web Chính Thức của Chính Quyền Nebraska, Nebraska Resource and Referral Danh Sách Nhà Cung Cấp Nguồn Lực Chăm Sóc Thay Thế của Hệ Thống (NRRS). Nếu quý vị đánh dấu "KHÔNG", thông tin của quý vị sẽ được giữ kín thông qua hệ thống trực tuyến an toàn của Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế Trộn Đồi Nebraska (Nebraska Lifespan Respite Network). Có Không

Tiêu Chuẩn Nhà Cung Cấp của Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời Nebraska:

Bằng việc ký vào Đơn Đăng Ký này, Người Nộp Đơn hiểu rằng điều kiện để đăng ký trở thành Nhà Cung Cấp được Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời Phê Duyệt là bắt buộc phải tuân thủ các Tiêu Chuẩn Nhà Cung Cấp:

1. Đảm bảo nhà cung cấp cá nhân, từ 14 tuổi trở lên nếu cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế, hoặc nhân viên của cơ quan có liên hệ trực tiếp với người nhận chăm sóc đã được xác định không nằm trong Danh Bạ Trung Tâm về Lạm Dụng/Bỏ Bê Trẻ Em của DHHS, Danh Bạ Trung Tâm về Dịch Vụ Bảo Vệ Người Trưởng Thành của DHHS, Danh Bạ Tội Phạm Tình Dục của Cảnh Sát Tiểu Bang và đã thực hiện Kiểm Tra Tiền Sử của Cảnh Sát Tiểu Bang. Người nộp đơn là tổ chức sẽ lưu giữ kết quả của những lần kiểm tra này trong hồ sơ nhân sự của nhân viên và cung cấp cho Sở.
2. Nhà cung cấp là tổ chức được cấp phép và/hoặc chứng nhận theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang.
3. Cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế với tư cách là một nhà thầu độc lập xác nhận rằng nhà cung cấp không phải là nhân viên của Sở hoặc Tiểu Bang.
4. Tôn trọng quyền bảo mật của người nhận chăm sóc và bảo vệ thông tin bí mật.
5. Thừa nhận trách nhiệm đối với sự an toàn và tài sản của người nhận chăm sóc.
6. Có kiến thức, kinh nghiệm và/hoặc kỹ năng để thực hiện (các) nhiệm vụ đã thỏa thuận, cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế một cách an toàn.
7. Đảm bảo rằng mọi nghi ngờ lạm dụng hoặc bỏ bê sẽ được báo cáo ngay lập tức cho cơ quan thực thi pháp luật và / hoặc đường dây nóng về Lạm Dụng và Bỏ Bê (1-800-652-1999).
8. Theo Tiêu Đề 464 NAC 1.019.01 QUYẾT ĐỊNH CỦA SỞ. Sở có quyền từ chối thanh toán cho lựa chọn nhà cung cấp của người nhận trong các trường hợp sau:
 - a. Nhà cung cấp tham gia vào gian lận thanh toán;
 - b. Nhà cung cấp đã có hành vi gian lận trong các chương trình khác của Sở;
 - c. Nhà cung cấp đã bị kết án lạm dụng hoặc bỏ bê người lớn hoặc trẻ em để bị tổn thương;
 - d. Nhà cung cấp đã bị kết tội bạo lực;
 - e. Nhà cung cấp đã bị kết tội khiêu dâm trẻ em;
 - f. Nhà cung cấp đã bị kết tội lạm dụng hoặc bạo lực gia đình;
 - g. Nhà cung cấp đã bị kết tội ăn cắp sau 19 tuổi và trong vòng ba năm qua;
 - h. Nhà cung cấp có tiền án về trọng tội gian lận trong 10 năm qua;
 - i. Nhà cung cấp có tiền án về tội gian lận nhẹ trong năm năm qua;
 - j. Nhà cung cấp có tiền án về tội tàng trữ chất bị kiểm soát trong vòng 10 năm qua;
 - k. Nhà cung cấp có tiền án về tội sản xuất chất bị kiểm soát trong vòng 10 năm qua;
 - l. Nhà cung cấp có tiền án về tội mại dâm hoặc xúi giục mại dâm trong vòng năm năm qua;
 - m. Nhà cung cấp có tiền án về tội cướp hoặc trộm cắp trong vòng 10 năm qua;
 - n. Nhà cung cấp có tiền án về tội hiếp dâm hoặc tấn công tình dục;
 - o. Nhà cung cấp này đã bị đăng ký hoặc được yêu cầu phải đăng ký vào Danh Bạ hoặc Kho Lưu Trữ về Tội Phạm Tình Dục của Tiểu Bang hoặc Quốc Gia;
 - p. Nhà cung cấp có tiền án về bất kỳ tội nào chống lại trẻ em hoặc người lớn để bị tổn thương;
 - q. Nhà cung cấp có tiền án về tội bắt cóc;
 - r. Nhà cung cấp có tiền án về hành vi tàn ác, ngược đãi hoặc bỏ bê động vật;
 - s. Nhà cung cấp có tiền án về tội phóng hỏa;
 - t. Nhà cung cấp có tiền án lái xe trong tình trạng không tỉnh táo trong vòng năm năm qua;
 - u. Nhà cung cấp có hai hoặc nhiều cáo buộc lái xe không tỉnh táo đang chờ xử lý; hoặc
 - v. Nhà cung cấp có tiền án về bất kỳ tội nào khác gây nguy hiểm cho sự an toàn của trẻ em hoặc người lớn để bị tổn thương.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các tiêu chuẩn như đã nêu và tham chiếu ở trên và đồng ý tuân thủ tất cả các Tiêu Chuẩn Nhà Cung Cấp.

Nếu quý vị đang cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế tại nhà của mình, các thông tin sau đây phải được điền đầy đủ và có chữ ký của bất kỳ người nào từ 19 tuổi trở lên sống trong hộ gia đình, ngay cả khi họ không nộp đơn đăng ký cung cấp chăm sóc thay thế. Nếu quý vị đang cung cấp chăm sóc thay thế bên ngoài nhà của mình, chỉ người nộp đơn cần phải điền đơn và ký. Đính kèm thêm trang thông tin, nếu cần thiết.

Vui lòng đính kèm bản sao Giấy Phép Lái Xe hoặc Giấy Tờ Tùy Thân có Ảnh do Chính Quyền Cấp vào tệp hồ sơ Nhà Cung Cấp của quý vị.

_____	_____	____/____/____
Chữ Ký Người Nộp Đơn	Tên Viết Hoa	Ngày (Tháng, Ngày, Năm)
_____	_____	____/____/____
Thành Viên Hộ Gia Đình	Chữ Ký Tên Viết Hoa	Ngày (Tháng, Ngày, Năm)
_____	_____	____/____/____
Chữ Ký Thành Viên Hộ Gia Đình	Tên Viết Hoa	Ngày (Tháng, Ngày, Năm)

Cách gửi đơn đăng ký của quý vị

Địa chỉ gửi thư ở mỗi vùng của Nebraska là khác nhau. Sử dụng bản đồ bên dưới để xác định vị trí quận quý vị sống và gửi tài liệu giấy hoàn chỉnh này cho điều phối viên chăm sóc thay thế trong khu vực của quý vị được liệt kê bên dưới. Để gửi đơn đăng ký điện tử, vui lòng đính kèm mẫu đơn đăng ký trong email gửi đến điều phối viên khu vực địa phương của quý vị bên dưới.

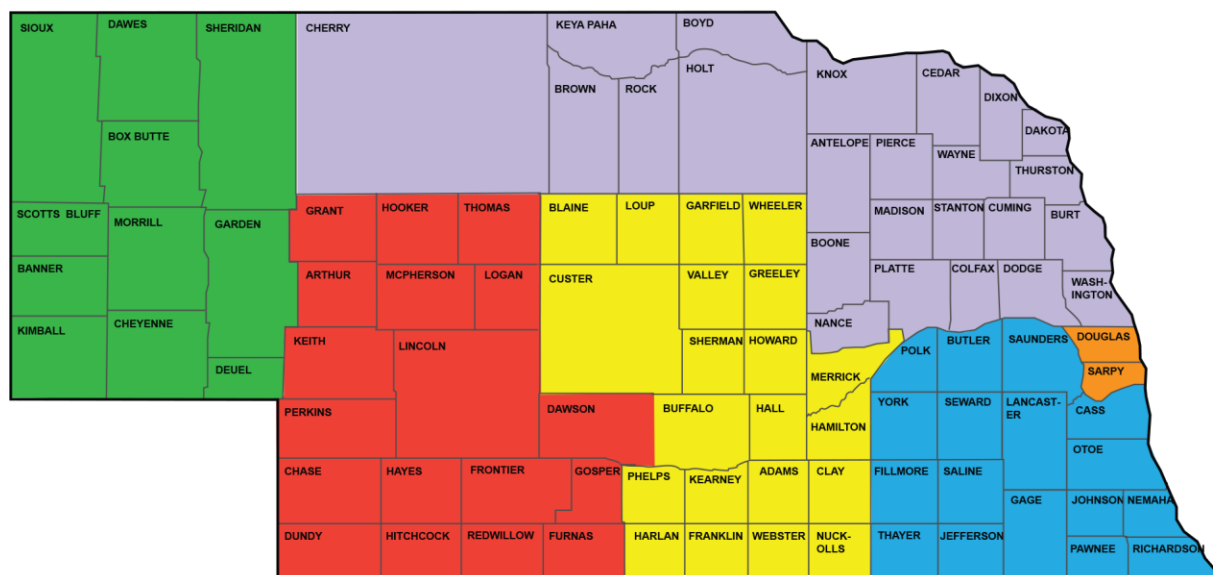
Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Nebraska Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời Nebraska

dhhs.ne.gov/respite

respite.ne.gov

Hanna Quiring, Program Coordinator
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

Jan Drewel, Social Services Worker
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.respite@nebraska.gov



Khu Vực Dịch Vụ Phía Tây (Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại Địa Phương)
Panhandle Partnership for Health and Human Services
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

Khu Vực Dịch Vụ Tây Nam (Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại Địa Phương)
Southwest NE Public Health Department
McCook, NE
(308) 345-4990 respite@swhealth.ne.gov

Khu Vực Dịch Vụ Phía Đông (Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại Địa Phương)
The Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespite@unmc.edu

Khu Vực Dịch Vụ Đông Nam (Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại Địa Phương)
(531) 530-7011 dhhs.respite@nebraska.gov

Khu Vực Dịch Vụ Phía Bắc (Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại Địa Phương)
Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 577-0533 northrespite@unmc.edu

Khu Vực Dịch Vụ Trung Tâm (Mạng Lưới Chăm Sóc Thay Thế tại Địa Phương)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respite@irnebraska.org

Bộ Phận Phụ Trách Về Sự Tham Gia Của Nhà Tuyển Dụng
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

MAP-115 Sửa đổi tháng 5/2022