

وثيقة فواتير

برنامج خدمات Lifespan Respite

للاستخدام المكتبي فقط CFS-22-A رقم الهوية:

اسم العميل:		رقم هوية العميل:	رقم الهاتف:
اسم الممثل المفوض (مقدم الرعاية الأسرية الأساسي):		البريد الإلكتروني للعميل:	
العنوان البريدي للعميل: <input type="checkbox"/> ضع علامة إذا كان العنوان قد تغير منذ آخر عملية دفع	الولاية:	المدينة:	الرمز البريدي:

مقدم الخدمة: (شخص أو شركة أو منظمة تقدم الرعاية البديلة المؤقتة)		البريد الإلكتروني لمقدم الخدمة:	رقم الهاتف:
العنوان البريدي لمقدم الخدمة: <input type="checkbox"/> ضع علامة إذا كان العنوان قد تغير منذ آخر عمليدفع		المدينة:	الولاية:
		الرمز البريدي:	

المستفيد اسم الشخص الذي سيتم الدفع له.		رقم هوية المستفيد: (الرقم المدرج في كعب الشيك أو إشعار التحويل الإلكتروني)	إذا كان المستفيد جديدًا، يكون رقم الضمان الاجتماعي أو رقم معرف الضريبة الفيدرالية مطلوبًا:
الشخص الذي يتم الدفع له هو: <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> الممثل المفوض <input type="checkbox"/> العميل			

تعليمات: أرسل وثيقة فواتير واحدة شهريًا لكل مقدم خدمة.

يجب تقديم مستند الفاتورة لأي شهر معين في غضون 60 يومًا من تاريخ تقديم الخدمة والإلن يتم الدفع مقابل الخدمة. يجب أن تكون جميع الخانات كاملة أو سيتم إرجاعها وتأخير الدفع.

شهر/سنة الفاتورة	اليوم (يوم واحد لكل سطر)	أذكر عدد الساعات بعد كل تاريخ خدمة:	المبلغ الذي يتم تحصيله في الساعة أو اليوم:	المبلغ الإجمالي لكل سطر:

 ضع علامة إذا كان تمويل الظروف الاستثنائية مضمولاً. ضع علامة إذا كنت تصيف المزيد من التواريخ على ورقة منفصلة.

*أقر بموجب هذا من خلال التوقيع أدناه بصحة الساعات/التواريخ المذكورة أعلاه. أدرك أن المطالبات الاحتمالية قد تؤدي إلى ملاحقتي قضائيًا.

توقيع مقدم الخدمة:	مقدم الخدمة أحد الأقارب: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	التاريخ: (مع توقيع العميل/ الممثل المفوض أو قبله)
توقيع الممثل المفوض:		التاريخ: (في آخر يوم في الخدمة أو بعده)

يجب توقيع مستند الفاتورة في آخر تاريخ للخدمة أو بعده من قبل كل من مقدم الخدمة والممثل المفوض.

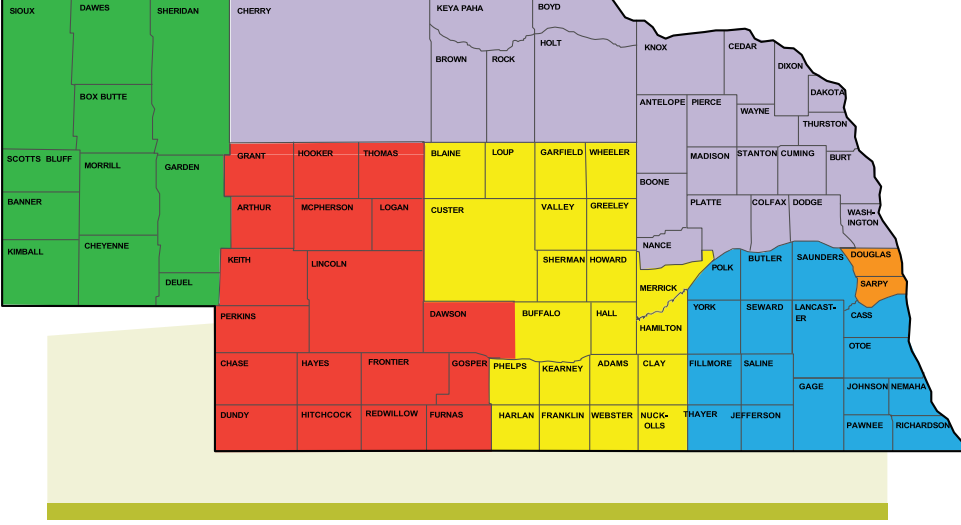
يُعاد مستند الفاتورة إذا قام مقدم الخدمة بتوقيعه وتاريخه بعد العميل/الممثل المعتمد.

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية برنامج خدمات Lifespan Respite P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933	أرسل مستند الفاتورة المكتمل الموقع إلى: DHHS.CFS22@nebraska.gov أو (بوصى بذلك لسرعة الدفع)
---	---

برنامج خدمات Lifespan Respite تعليمات مستند الفاتورة (النموذج CFS-22-A)

1. أرسل مستند الفاتورة لبرنامج دعم Lifespan Respite المكتمل الموقع إلكترونيًا إلى dhhs.cfs22@nebraska.gov. ستوفر هذه الطريقة أسرع وقت للإرسال والاستلام. يستغرق الدفع وقتًا أطول ولكن يمكنك إرساله بالبريد إلى:
DHHS, Lifespan Respite Services Program, P.O. Box 98933, Lincoln, NE 68509-8933
2. يرجى إكمال جميع الخانات. سيتم إرجاع النماذج غير المكتملة لإجراء التصحيحات مما يؤدي إلى إبطاء الدفع للمستفيد. إذا لم تكن متأكدًا من كيفية إكمال أي جزء من مستند الفاتورة، فاتصل بمنسق Respite المحلي.
3. نرحب بك لإرسال النموذج إلى منسق Respite المحلي لديك لمراجعتك قبل تقديمه إلى لينكولن.

تواصل مع المنسق المحلي لمعرفة المزيد:



المنطقة الغربية

(308) 432-8190

specialprojects@wchr.net

المنطقة الجنوبية الغربية

(308) 345-4990

respite@swhealth.ne.gov

المنطقة المركزية

(402) 309-4344

respite@irnebraska.org

المنطقة الشمالية

(402) 836-9665

northrespite@unmc.edu

المنطقة الجنوبية الشرقية

(402) 540-3579

respitesesa@irnebraska.org

المنطقة الشرقية

(402) 559-5732

eastrespite@unmc.edu

4. اسم العميل – العميل هو متلقي الرعاية أو الشخص الذي لديه حاجة خاصة تتطلب رعاية مستمرة.
5. رقم هوية العميل – تم إرسال رقم هوية العميل مع إشعار الموافقة الأولية (والتجديد) على دعم Lifespan Respite. اتصل بمنسق رعاية Respite إذا لزم الأمر.
6. اسم الممثل المفوض – هذا هو مقدم الرعاية الأسرية الأساسي (ولي الأمر أو الزوج/الزوجة أو الجد/الجدة أو الطفل البالغ أو الوصي القانوني). عادةً ما يكون مقدم الرعاية الأسرية الأساسي.
7. البريد الإلكتروني للعميل (أو مقدم الرعاية الأسرية الأساسي/الممثل المفوض) – أسرع طريقة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية أو منسق Respite لإعلامك بوجود شيء يحتاج إلى تصحيح في مستند الفاتورة الخاص بك عن طريق البريد الإلكتروني. انتظر بريد إلكتروني من dhhs.cfs22@nebraska.gov. هذا هو عنوان بريد إلكتروني رسمي لدى DHHS. يمكنك أيضًا منح الإذن لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية أو منسق Respite للتواصل معك عن طريق رسالة نصية.
8. العنوان البريدي للعميل – تأكد من وضع العنوان البريدي الكامل في كل مرة على كل مستند فاتورة للراحة البديلة المؤقتة. إذا تم تغيير العنوان، فضع علامة أمام المربع الموجود في مستند الفاتورة. تذكر أن الدفع مقابل الرعاية البديلة المؤقتة من خلال الإيداع المباشر هو الأسرع. تحدث إلى منسق Respite إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إعداده.
9. مقدم الخدمة – هذا هو الشخص أو المنظمة التي تقدم الرعاية لأفراد عائلتك أثناء استخدام فترة الرعاية البديلة المؤقتة.
10. عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الخدمة – إذا كان لدى مقدم الخدمة عنوان بريد إلكتروني، فمن المهم إدراجه هنا. إذا لم يكن لديه واحدًا، فسوف نتواصل مع DHHS ومنسق Respite عن طريق خدمة البريد الأمريكية (البريد). يرجى انتظار البريد الإلكتروني الوارد من dhhs.cfs22@nebraska.gov. هذا هو عنوان بريد إلكتروني رسمي لدى DHHS. قد يمنح مقدم الخدمة أيضًا الإذن لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية أو منسق Respite للتواصل معك عن طريق رسالة نصية.
11. العنوان البريدي لمقدم الخدمة – تأكد من وضع العنوان البريدي الكامل لمقدم الخدمة في كل مستند فاتورة للرعاية البديلة المؤقتة. إذا تم تغيير العنوان، فضع علامة أمام المربع الموجود في مستند الفاتورة. تذكر أن الدفع مقابل الرعاية البديلة المؤقتة من خلال الإيداع المباشر هو الأسرع. اتصل بمنسق الرعاية البديلة المؤقتة إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إعداد الإيداع المباشر.
12. المستفيد – اسم الشخص الذي سيتم الدفع له. هذا إما مقدم الرعاية (كتعويض عن الرعاية المؤقتة المدفوعة من جيبه الخاص) أو مقدم الرعاية المؤقتة.

من يقدم الرعاية البديلة المؤقتة

هناك بعض المرونة في العثور على مقدمي الخدمة. يمكن لمنسق Respite المحلي مساعدتك في العثور على مقدم خدمة في منطقتك خضع للفحص من قبل الشبكة. قد تتمكن من الاستعانة بأفراد العائلة أو الأصدقاء أو الجيران كمقدمي خدمات مدفوعة الأجر. تشمل الاحتمالات الأخرى ما يلي: منظمات أو معسكرات أو وكالة موثوق بها أو منظمة أو مجموعة محلية يقودها متطوعون أو برنامج مدرسي بقيادة متطوعين أو برنامج لركوب الخيل العلاجي أو أنشطة دينية أو غيرها من الأنشطة المعتمدة. بينما يحضر أحيانًا أحد الأنشطة، فإنك تحصل على فترة راحة - وهذا ما تدور حوله الرعاية البديلة المؤقتة.

يمكنك تحديد موقع مقدمي الخدمة الذين تم فحصهم من خلال الشبكة على: respite.ne.gov انقر فوق "Read more" (قراءة المزيد) "Respite Provider Match" (اختيار مقدم الرعاية المؤقتة المناسب) أو بحث NRRS Respite للمساعدة في تحديد موقع مقدم خدمة في منطقتك.