

سند صورت حساب

برنامه خدمات مراقبت طول عمر

صرف برای استفاده دفتر # CFS-22-A ID:

نام مشتری:		هویت مشتری:	تلیفون #:
نام نماینده با صلاحیت (مراقبت کننده اولی خانواده)		ایمیل آدرس مشتری:	
آدرس پستی مشتری: <input type="checkbox"/> بررسی کنید که آیا آدرس بعد از آخرین پرداخت تغییر کرده است		شهر:	ایالت:
		کود پستی:	

ارائه کننده: (شخص، تجارت و یا سازمان که خدمات مهلت را ارائه میکند)		ایمیل آدرس ارائه کننده:	تلیفون #:
آدرس پستی ارائه کننده: <input type="checkbox"/> بررسی کنید که آیا آدرس بعد از آخرین پرداخت تغییر کرده است		شهر:	ایالت:
		کود پستی:	

دریافت کننده: (نام شخص که برایش پرداخت می شود)	# هویت دریافت کننده: (# در دوسیه رسید ها لیست شده است و یا EFT آگاه است)	اگر دریافت کننده جدید، یک کارت امنیت اجتماعی # یا یک کارت شناسایی مالیاتی فدرال # مورد نیاز دارد:
شخص دریافت کننده پرداختی شامل ذیل می شود: <input type="checkbox"/> ارائه کننده <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سرپرست قانون <input type="checkbox"/> نماینده با صلاحیت <input type="checkbox"/> مشتری <input type="checkbox"/> (یکی را انتخاب کنید)		

رهنمایی ها: هر ماه یک سند صورت حساب را برای هر ارائه کننده تسلیم نمایید.

سند صورت حساب باید برای هر ماه در مدت 60 روز از تاریخ تسلیم داده شود زمانی که خدمات ارائه شده است و یا خدمات پرداخت نمی شود. تمام بخش ها باید تکمیل شود یا بازگردانده خواهد شد و پرداخت به تاخیر می افتد.

سند صورت حساب ماه/سال	روز (یک روز بر هر سطر)	تعداد ساعات را بعد از هر تاریخ خدمت لیست نمایید:	مبلغ تعیین شده برای هر ساعت یا روز:	تمام مقدار در هر سطر:

بررسی کنید که آیا بودجه شرایط استثنایی شامل شده است.

بررسی کنید که آیا تاریخ های بیشتر در ورق جداگانه اضافه کنید.

*من با امضای زیر گواهی میدهم که ساعات بالا / تاریخ ها صحیح می باشند. من می فهمم کنم ادعاهای تقابلی ممکن به پیگرد قانونی منجر شوند.

امضای ارائه کننده:	ارائه کننده یکی از اقارب <input type="checkbox"/> است: بلی <input type="checkbox"/> نه	تاریخ: (در قبل از مشتری/امضای نماینده باصلاحیت)
امضای نماینده باصلاحیت:		تاریخ: (در بعد از آخرین روز خدمت)

سند صورت حساب باید در تاریخ و یا پس از آخرین تاریخ خدمت توسط هر دو ارائه کننده و نماینده باصلاحیت امضا شود.

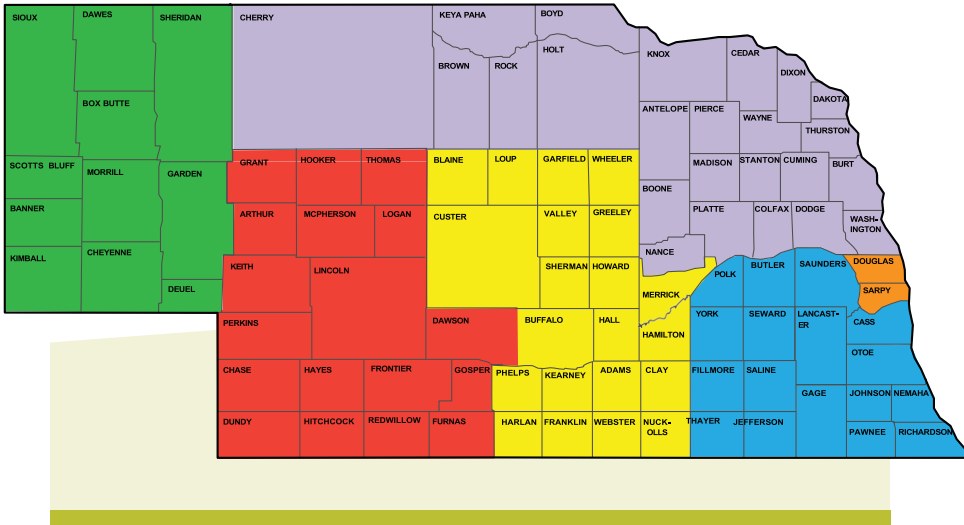
سند صورت حساب بازگردانده خواهد شد اگر ارائه کننده پس از مشتری / نماینده باصلاحیت امضا نماید و تاریخ بزند.

دبپارتمنت صحت & خدمات بشری برنامه خدمات مراقبت طول عمر P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933	استاد تکمیل و امضا شده ای صورت حساب را تسلیم نمایید به: DHHS.CFS22@nebraska.gov و یا (توصیه شده برای پرداخت سریع)
---	---

اسناد صورت حساب (فورم CFS-22-A) رهنمایی

1. اسناد صورت حساب تکمیل شده و امضا شده کمک مالی برنامه مراقبت طول عمر را به صورت الکترونیکی به dhhs.cfs22@nebraska.gov تحویل دهید. این روش سریع ترین زمان پاسخ دهی را ارائه خواهد کرد. پرداخت زمان طولانی را در بر می گیرد اما شما ممکن پست کنید به: DHHS, Lifespan Respite Services Program, P.O. Box 98933, Lincoln, NE 68509-8933.
2. لطفاً تمام بخش ها را تکمیل کنید. فورم های تکمیل نشده برای اصلاحات بازگردانده می شود که باعث کندی پرداخت به پرداخت کننده خواهد شد. اگر شما اطمینان ندارید که چگونه هر بخش از سند صورت حساب را تکمیل کنید، با هماهنگ کننده محلی خود تماس بگیرید.
3. شما می توانید که فورم را قبل از تسلیم نمودن آن به لینکن، برای بازبینی به هماهنگ کننده استراحت محلی خود ارسال کنید.

برای کسب معلومات بیشتر به هماهنگ کننده محلی خود به تماس شوید:



Western Area

(308) 432-8190

specialprojects@wchr.net

Southwest Area

4990-345 (308)

respite@swhealth.ne.gov

Central Area

(402) 309-4344

respite@irnebraska.org

Northern Area

(402) 836-9665

northrespite@unmc.edu

Southeast

(402) 540-3579

respitesesa@irnebraska.org

Eastern

(402) 559-5732

eastrespite@unmc.edu

4. نام مشتری - مشتری دریافت کننده مراقبت است و یا شخص با نیاز خاص که به مراقبت دراز مدت ضرورت دارد.
5. کارت شناسایی مشتری - کارت شناسایی مشتری همرا با تایید آگاهی برنامه کمک مالی مراقبت طول عمر اولی (و تجدید) فرستاده شد. در صورت نیاز با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید.
6. نام نماینده باصلاحیت - این مراقبت کننده اولی خانواده (پدر و مادر، همسر، پدر بزرگ و مادر بزرگ، فرزند بزرگسال، و یا سرپرست قانونی) است. معمولاً مراقبت کننده اصلی خانواده است.
7. ایمیل آدرس مشتری (یا ارائه کننده اولی/نماینده با صلاحیت) - سریع ترین راه برای DHHS و یا هماهنگ کننده مراقبت از طریق ایمیل به شما اطلاع می دهد آنچه که باید در سند صورت حساب شما اصلاح شو. متوجه ایمیل از طریق dhhs.cfs22@nebraska.gov. این یک ایمیل آدرس رسمی DHHS است. همچنان شما می توانید به DHHS یا هماهنگ کننده برنامه مراقبت اجازه دهید تا از طریق پیام متنی با شما تماس بگیرند.
8. ایمیل آدرس مشتری - مطمئن شوید که آدرس پستی کامل را هر بار در هر سند صورت حساب مراقبت قرار دهید. اگر آدرس تغییر کرده باشد، گزینه را روی سند صورت حساب علامت گذاری کنید. به یاد داشته باشید، که سریع ترین پرداخت به طریق مسقیم پرداخت پول به حساب بانکی می باشد. اگر نیاز به کمک دارید تا آن را تنظیم کنید با هماهنگ کننده برنامه مهلت صحبت کنید.
9. ارائه دهنده - شخص یا سازمانی است که در حین استفاده از استراحت از اعضای خانواده شما مراقبت می کند.
10. ایمیل آدرس ارائه کننده - اگر ارائه کننده دارای یک آدرس ایمیل است، مهم است که آن را در اینجا لیست کنید. اگر آنها یک ایمیل آدرس ندارند، DHHS و هماهنگ کننده برنامه مراقبت توسط خدمات پستی ایالات متحده (پست الکترونیکی) ارتباط برقرار کند. لطفاً متوجه ایمیل از dhhs.cfs22@nebraska.gov باشید. این یک ایمیل آدرس رسمی DHHS است. امکان دارد که ارائه کننده همچنان اجازه دستور را برای DHHS یا هماهنگ کننده مراقبت بخاطر تماس با شما از طریق پیام را ارائه کند.
11. آدرس پستی ارائه کننده - مطمئن شوید که آدرس پستی کامل ارائه کننده را در هر سند صورت حساب برنامه مهلت قرار می دهید. اگر آدرس تغییر کرده باشد، گزینه را روی سند صورت حساب علامت گذاری کنید. به یاد داشته باشید، که سریع ترین پرداخت به طریق مسقیم پرداخت پول به حساب بانکی می باشد. در صورت نیاز به کمک برای تنظیم عیار پرداخت اتوماتیک پول با هماهنگ کننده برنامه مراقبت خود تماس بگیرید.
12. پرداخت کننده - نام شخص که برایش پرداخت می شود. این یا مراقبت کننده (به عنوان باز پرداخت برای مصارف مراقبت پرداخت شده از جیب) و یا ارائه کننده برنامه مراقبت موقت است.

چه کسی برنامه مراقبت را ارائه میکند؟

در یافتن ارائه کننده گان انعطاف پذیری وجود دارد. هماهنگ کننده برنامه مراقبت محلی شما می تواند به شما در یافتن یک ارائه کننده در منطقه شما کمک کند. شما ممکن بتوانید از اعضای خانواده، دوستان یا همسایگان خود به عنوان ارائه کننده گانی که برای معاش این را انجام دهد استفاده کنید. سایر احتمالات عبارتند از: سازمان ها، کپها، یک اداره مورد اعتماد، یک سازمان به رهبری داوطلبان و یا گروه، برنامه مکتب محور به رهبری داوطلبان، برنامه اسپ سواری، فعالیت های مذهبی و یا دیگر فعالیت های تایید شده. در حالی که یکی از عزیزان شما در یک فعالیت اشتراک می کند، شما یک وقفه می گیرید- و این همه آن چیزی هست که آن مراقبت موقت می باشد!

شما می توانید ارائه کننده گان تحت شبکه را در اینجا پیدا کنید. respite.ne.gov برای کمک به یافتن ارائه کننده در منطقه خود، روی «بیشتر بخوانید» کلیک کنید تا به Respite Provider Match یا NRRS Respite Search بروید.