

РАХУНОК-ФАКТУРА

Програма послуг перепочинку від Lifespan

Для внутрішнього використання CFS-22-A № ІД:

Ім'я та прізвище клієнта:	Ідентифікатор клієнта:	№ телефону	
Ім'я та прізвище уповноваженого представника (основного сімейного опікуна):		Електронна пошта клієнта:	
Поштова адреса клієнта: <input type="checkbox"/> Перевірте, чи не змінилася адреса з моменту останньої оплати		Місто:	Штат: Індекс:

Постачальник: (особа, підприємство чи організація, що надає догляд)	Адреса електронної пошти постачальника:	№ телефону	
Поштова адреса постачальника: <input type="checkbox"/> Перевірте, чи не змінилася адреса з моменту останньої оплати		Місто:	Штат: Індекс:

Одержувач: (Ім'я та прізвище особи, якій потрібно заплатити)	Ідентифікатор одержувача: (номер зазначено в листі чека або сповіщенні EFT)	Якщо ви новий одержувач, необхідно вказати номер соціального страхування або ідентифікаційний номер платника податків:
Особа, якій потрібно заплатити: <input type="checkbox"/> Постачальник <input type="checkbox"/> Батько/мати <input type="checkbox"/> Законний опікун <input type="checkbox"/> Уповноважений представник <input type="checkbox"/> Клієнт (позначте один варіант)		

ІНСТРУКЦІЇ: подайте один рахунок-фактуру на місяць для кожного постачальника.

Рахунок-фактуру необхідно подавати протягом 60 днів з дати надання послуги, інакше послугу не буде оплачено. Усі поля мають бути заповнені, інакше платіж буде повернуто, а оплату затримано.

МІСЯЦЬ/РІК РОЗРАХУНКУ	ДЕНЬ (Один день на рядок)	Укажіть кількість годин після кожної дати надання послуг:	Сума, що стягується за годину або день:	Загальна сума в рядку:

 Перевірте, чи включено фінансування за виняткових обставин.

УСЬОГО ВИСТАВЛЕНО

 Перевірте, чи потрібно додавати нові дати на окремому аркуші.

* Цим підписом я засвідчую, що години/дати вище вказано правильно. Я розумію, що шахрайські заяви можуть призвести до судового переслідування.

Підпис постачальника:	Постачальник є <input type="checkbox"/> родичем: Так <input type="checkbox"/> Ні	Дата: (підпис поряд з клієнтом/підпис до клієнта/підпис уповноваженого представника)
Підпис уповноваженого представника		Дата: (у день останнього надання послуги/після нього)

Рахунок-фактуру повинні підписати не пізніше останньої дати надання послуги як постачальник, так і уповноважений представник. Рахунок-фактуру буде повернуто, якщо постачальник послуг поставить підпис і дату після клієнта/уповноваженого представника.

Надішліть заповнений та підписаний рахунок-фактуру на адресу: DHHS.CFS22@nebraska.gov (Рекомендовано для швидкої оплати)	АБО	ДЕПАРАТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ Програма послуг перепочинку від Lifespan P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

РАХУНОК-ФАКТУРА (форма CFS-22-A) ІНСТРУКЦІЇ

1. Надішліть заповнений і підписаний рахунок-фактуру на субсидію на перепочинок від догляду в електронному вигляді на адресу dhhs.cfs22@nebraska.gov. Це суттєво скоротить час виконання. Оплата займає більше часу, але ви можете надіслати на адресу: DHHS, Lifespan Respite Services Program, P.O. Box 98933, Lincoln, NE 68509-8933.
2. Заповніть усі поля. Неповні форми буде повернуто для виправлення, що уповільнює виплату одержувачу. Якщо ви не впевнені, як заповнити якусь частину рахунка-фактури, зверніться до місцевого координатора програми перепочинку
3. Ви можете надіслати форму своєму місцевому координатору програми перепочинку для перегляду, перш ніж надіслати її до Лінкольна.

Щоб дізнатися більше, зверніться до місцевого координатора:

■ Західний регіон

(308) 432-8190

specialprojects@wchr.net

■ Південно-західний регіон

(308) 345-4990

respites@swhealth.ne.gov

■ Центральний регіон

(402) 309-4344

respites@irnebraska.org

■ Північний регіон

(402) 836-9665

northrespites@unmc.edu

■ Південно-східний регіон

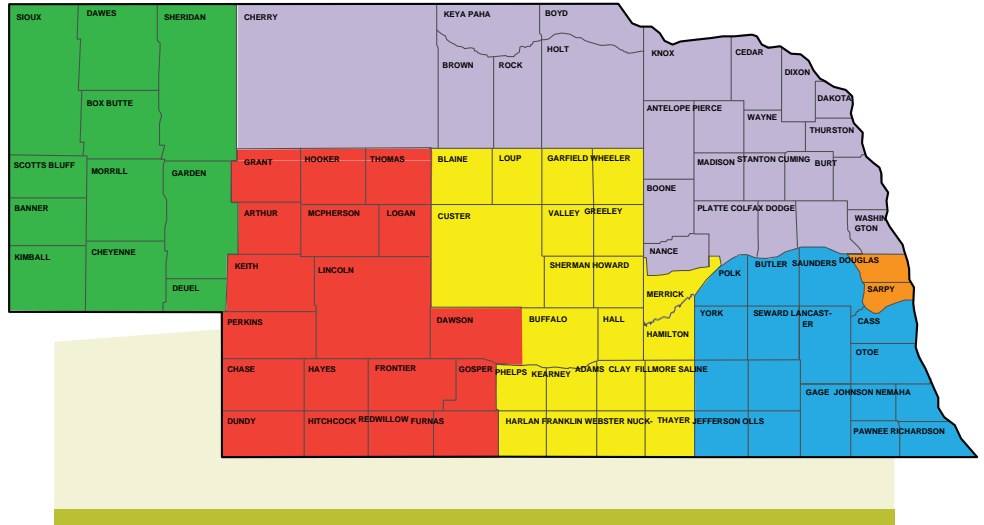
(402) 540-3579

respitesesa@irnebraska.org

■ Східний регіон

(402) 559-5732

eastrespites@unmc.edu



4. **Ім'я та прізвище клієнта** — Клієнт — це отримувач допомоги або особа з особливими потребами, яка потребує постійного догляду.
5. **Ідентифікатор клієнта** — Ідентифікатор клієнта надіслано разом із повідомленням про затвердження початкового (та поновлення) призначення субсидії на перепочинок від догляду. За потреби зателефонуйте своєму координатору програми перепочинку.
6. **Ім'я уповноваженого представника** — Це основний сімейний опікун, який здійснює догляд за дитиною (батько, чоловік/дружина, дідусь/бабуся, повнолітня дитина або законний опікун). Як правило, це основний опікун сім'ї.
7. **Електронна адреса клієнта (або основного сімейного опікуна/уповноваженого представника)** — Найшвидший спосіб для DHHS або координатора послуг перепочинку повідомити вам, що потрібно щось виправити у вашому рахунку-фактурі, — це електронна пошта. Очікуйте на електронного листа з адреси dhhs.cfs22@nebraska.gov. Це офіційна електронна адреса DHHS. Ви також можете надати дозвіл DHHS або координатору послуг перепочинку зв'язатися з вами за допомогою текстового повідомлення.
8. **Поштова адреса клієнта** — Обов'язково вкажіть повну поштову адресу щоразу на кожному рахунку-фактурі за послуги перепочинку. Якщо адреса змінилася, зробіть відповідну позначку в рахунку-фактурі. Пам'ятайте, що оплата послуг перепочинку за допомогою прямого депозиту є найшвидшою. Якщо вам потрібна допомога в налаштуванні, зверніться до координатора послуг перепочинку.
9. **Постачальник** — Це особа чи організація, яка доглядає за членом вашої родини, поки ви використовуєте перепочинок.
10. **Адреса електронної пошти постачальника** — Якщо постачальник має електронну адресу, важливо вказати її тут. Якщо у нього немає електронної адреси, DHHS і координатор програми перепочинку зв'яжуться з ними поштою США. Очікуйте на електронного листа з адреси dhhs.cfs22@nebraska.gov. Це офіційна електронна адреса DHHS. Постачальник також може надати дозвіл DHHS або координатору послуг перепочинку зв'язатися з вами за допомогою текстового повідомлення.
11. **Поштова адреса постачальника** — Обов'язково вкажіть повну поштову адресу постачальника на кожному рахунку-фактурі за послуги перепочинку. Якщо адреса змінилася, зробіть відповідну позначку в рахунку-фактурі. Пам'ятайте, що оплата послуг перепочинку за допомогою прямого депозиту є найшвидшою. Зверніться до свого координатора програми перепочинку, якщо вам потрібна допомога в налаштуванні прямого депозиту.
12. **Одержувач** — Ім'я та прізвище особи, якій потрібно заплатити. Це або опікун (як відшкодування за догляд під час перепочинку, оплачений із власної кишені), або постачальник послуг перепочинку.

ХТО НАДАЄ ПЕРЕПОЧИНОК?

Є гнучкий пошук постачальників. Ваш місцевий координатор програми перепочинку може допомогти вам знайти постачальника у вашому регіоні. Ви можете найняти сусідів, членів родини чи знайомих як платних постачальників. Інші можливості: організації, табори, довірена установа, місцева організація або група, очолювана волонтерами, шкільна програма, очолювана волонтерами, кінна програма, релігійна або інша схвалена діяльність. Поки ваша рідна людина відвідує заняття, ви отримуєте перерву — це і є перепочинок!

Ви можете знайти постачальників, перевірених мережею, на сайті respites.ne.gov. Натисніть Read more (Читати далі), щоб перейти до пошуку постачальника послуг перепочинку або до пошуку постачальника послуг перепочинку NRRS у вашому регіоні.