

**HÓA ĐƠN THANH TOÁN**  
Chương Trình Dịch Vụ Thay Thế Trộn Đồi

Chỉ Dành Cho Văn Phòng Số ID CFS-22-A:

Tên Khách Hàng:	Số ID Khách Hàng:	Số Điện Thoại:
Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền (Người Chăm Sóc Chính Trong Gia Đình):	Địa Chỉ Email Khách Hàng:	
Địa Chỉ Gửi Thư Khách Hàng: <input type="checkbox"/> Đánh dấu nếu địa chỉ đã thay đổi kể từ lần thanh toán gần nhất	Thành Phố:	Tiểu Bang: Mã Zip:

Nhà Cung Cấp: (cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế)	Địa Chỉ Email Nhà Cung Cấp:	Số Điện Thoại:
Địa Chỉ Gửi Thư Của Nhà Cung Cấp: <input type="checkbox"/> Đánh dấu nếu địa chỉ đã thay đổi kể từ lần thanh toán gần nhất	Thành Phố:	Tiểu Bang: Mã Zip:

Người Nhận Thanh Toán: (Tên người được thanh toán)	Số ID Người Nhận Thanh Toán: (Số có trong cuống séc hoặc thông báo EFT)	Nếu là người nhận thanh toán MỚI, cần có số An Sinh Xã Hội hoặc số ID Thuế Liên Bang:
Người nhận thanh toán là: <input type="checkbox"/> Nhà Cung Cấp <input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp <input type="checkbox"/> Người Đại Diện Được Ủy Quyền <input type="checkbox"/> Khách Hàng (đánh dấu một mục)		

HƯỚNG DẪN: Nộp một Hóa Đơn Thanh Toán mỗi tháng cho từng nhà cung cấp.

**Hóa đơn thanh toán phải được gửi cho tất cả các tháng trong vòng 60 ngày kể từ ngày dịch vụ được cung cấp hoặc dịch vụ sẽ không được thanh toán. Quý vị phải điền tất cả các mục thông tin hoặc hóa đơn sẽ bị trả lại và việc thanh toán sẽ bị trì hoãn.**

THÁNG/NĂM LẬP HÓA ĐƠN	NGÀY (Một ngày mỗi dòng)	Liệt kê số giờ sau mỗi ngày dịch vụ:	Số tiền được tính phí mỗi giờ hoặc mỗi ngày:	Tổng Số Tiền mỗi dòng:

Đánh dấu chọn nếu bao gồm Tài Trợ Cho Các Trường Hợp Đặc Biệt.**TỔNG SỐ TIỀN LẬP HÓA ĐƠN:**Đánh dấu chọn nếu thêm ngày trên một trang riêng biệt.

\*Tôi xin xác nhận bằng cách ký tên bên dưới rằng các ngày/giờ trên là chính xác. Tôi hiểu rằng mình có thể bị truy tố nếu gian lận.

Chữ Ký Của Nhà Cung Cấp:	Nhà cung cấp là người thân: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày: (vào ngày/trước ngày khách hàng/đại diện được ủy quyền ký tên)
Chữ Ký của Đại Diện Được Ủy Quyền:	Ngày: (vào ngày/sau ngày cuối cùng sử dụng dịch vụ)	

**Hóa đơn thanh toán phải được ký vào hoặc sau ngày dịch vụ cuối cùng bởi cả nhà cung cấp và đại diện được ủy quyền. Hóa đơn thanh toán sẽ bị trả lại nếu nhà cung cấp ký và ghi ngày sau so với khách hàng/đại diện được ủy quyền.**

Gửi hóa đơn thanh toán đã điền và có chữ ký tới: <a href="mailto:DHHS.CFS22@nebraska.gov">DHHS.CFS22@nebraska.gov</a>  (Được khuyến nghị để nhận thanh toán nhanh hơn)	<b>DEPARTMENT OF HEALTH &amp; HUMAN SERVICES</b> Lifespan Respite Services Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
--	---

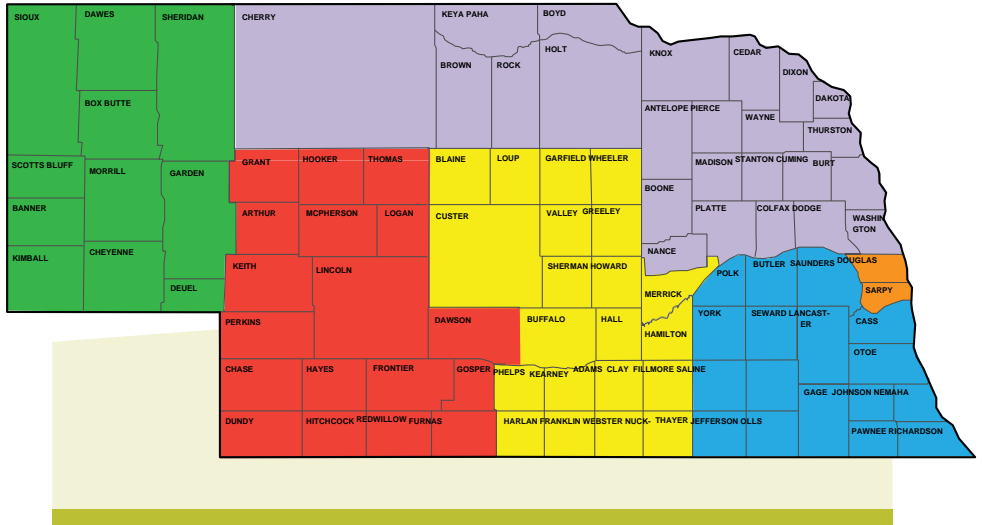
# Chương Trình Dịch Vụ Thay Thế Trọn Đời

## HƯỚNG DẪN ĐIỀN HÓA ĐƠN THANH TOÁN (Biểu Mẫu CFS-22-A)

1. Gửi hóa đơn thanh toán Trợ Cấp Thay Thế Trọn Đời đã điền và ký bằng hình thức điện tử tới [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov). Phương pháp này có thời gian trả lời nhanh nhất. Thanh toán mất nhiều thời gian hơn nhưng quý vị có thể gửi thư đến: DHHS, Lifespan Respite Services Program, P.O. Box 98933, Lincoln, NE 68509-8933.
2. Vui lòng điền tất cả các mục thông tin. Các biểu mẫu không điền đầy đủ sẽ bị trả lại để chỉnh sửa, làm chậm quá trình thanh toán cho người nhận thanh toán. Nếu quý vị không chắc chắn cách điền bất kỳ phần nào của hóa đơn thanh toán, hãy liên hệ với Điều Phối Viên Thay Thế tại địa phương của quý vị.
3. Quý vị có thể gửi biểu mẫu tới Điều Phối Viên Thay Thế để được họ kiểm tra trước khi gửi tới Lincoln.

### Liên Hệ Điều Phối Viên Địa Phương Để Biết Thêm Thông Tin:

- Khu Vực Phía Tây**  
(308) 432-8190  
[specialprojects@wchr.net](mailto:specialprojects@wchr.net)
- Khu Vực Tây Nam**  
(308) 345-4990  
[respite@swhealth.ne.gov](mailto:respite@swhealth.ne.gov)
- Khu Vực Trung Tâm**  
(402) 309-4344  
[respite@irnebraska.org](mailto:respite@irnebraska.org)
- Khu Vực Phía Bắc**  
(402) 836-9665  
[northrespite@unmc.edu](mailto:northrespite@unmc.edu)
- Khu Vực Đông Nam**  
(402) 540-3579  
[respitesesa@irnebraska.org](mailto:respitesesa@irnebraska.org)
- Khu Vực Phía Đông**  
(402) 559-5732  
[eastrespite@unmc.edu](mailto:eastrespite@unmc.edu)



4. **Tên Khách Hàng** – Khách hàng là người nhận dịch vụ chăm sóc hoặc người có nhu cầu đặc biệt và cần được chăm sóc liên tục.
5. **Số ID Khách Hàng** – Số ID Khách Hàng đã được gửi cùng với thông báo phê duyệt Trợ Cấp Thay Thế Trọn Đời ban đầu (và gia hạn). Gọi cho Điều Phối Viên Thay Thế của quý vị nếu cần.
6. **Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền** – Đây là người chăm sóc chính trong gia đình (Phụ Huynh, Vợ/Chồng, Ông/Bà, Con Cái Trưởng Thành hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp). Thường là người chăm sóc chính trong gia đình.
7. **Địa Chỉ Email Khách Hàng (hoặc của người chăm sóc chính trong gia đình/người đại diện được ủy quyền)** – Cách nhanh nhất để DHHS hoặc Điều Phối Viên Thay Thế liên hệ với quý vị để cho quý vị biết điều gì đó cần sửa chữa trên hóa đơn thanh toán của quý vị là thông qua email. Hãy chú ý email từ [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov). Đây là địa chỉ email chính thức của DHHS. Quý vị cũng có thể cho phép DHHS hoặc Điều Phối Viên Thay Thế liên lạc với quý vị qua tin nhắn văn bản.
8. **Địa Chỉ Gửi Thư Của Khách Hàng** – Đảm bảo điền đầy đủ địa chỉ gửi thư trên mỗi hóa đơn thanh toán cho dịch vụ thay thế. Nếu thay đổi địa chỉ, hãy đánh dấu ô trên hóa đơn thanh toán. Hãy nhớ rằng, thanh toán dịch vụ chăm sóc thay thế thông qua cách gửi tiền trực tiếp là nhanh nhất. Trao đổi với Điều Phối Viên Thay Thế nếu quý vị cần trợ giúp làm điều đó.
9. **Nhà Cung Cấp** – Đây là người hoặc tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc cho thành viên gia đình quý vị trong khi quý vị sử dụng dịch vụ thay thế.
10. **Địa Chỉ Email Của Nhà Cung Cấp** – Nhà cung cấp cần điền địa chỉ email tại đây nếu có. Nếu họ không có địa chỉ email, DHHS và Điều Phối Viên Thay Thế sẽ liên lạc qua Dịch Vụ Bưu Chính Hoa Kỳ (thư). Vui lòng chú ý email từ [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov). Đây là địa chỉ email chính thức của DHHS. Nhà cung cấp cũng có thể cho phép DHHS hoặc Điều Phối Viên Thay Thế liên lạc với quý vị bằng tin nhắn văn bản.
11. **Địa Chỉ Gửi Thư Của Nhà Cung Cấp** – Hãy điền địa chỉ gửi thư đầy đủ của nhà cung cấp trong từng hóa đơn thanh toán dịch vụ chăm sóc thay thế. Nếu thay đổi địa chỉ, hãy đánh dấu ô trên hóa đơn thanh toán. Hãy nhớ rằng, thanh toán dịch vụ chăm sóc thay thế thông qua cách gửi tiền trực tiếp là nhanh nhất. Liên hệ với Điều Phối Viên Thay Thế của quý vị nếu cần trợ giúp sắp xếp gửi tiền trực tiếp.
12. **Người Nhận Thanh Toán** – Tên người được thanh toán. Đây là người chăm sóc (như khoản bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc thay thế được tự chi trả) hoặc nhà cung cấp dịch vụ thay thế.

### Ai Cung Cấp Dịch Vụ Thay Thế

Chúng tôi tìm kiếm các nhà cung cấp một cách linh hoạt. Điều Phối Viên Chăm Sóc Thay Thế tại địa phương có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp trong khu vực đã sàng lọc trong Mạng Lưới. Các thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc hàng xóm của quý vị có thể trở thành nhà cung cấp dịch vụ được trả phí. Các khả năng khác bao gồm: các tổ chức, trại chăm sóc, một cơ quan đáng tin cậy, một tổ chức hoặc nhóm tình nguyện viên địa phương, chương trình dựa trên trường học do tình nguyện viên lãnh đạo, chương trình về ngựa, hoạt động dựa trên đức tin hoặc các hoạt động được phê duyệt khác. Trong khi người thân của quý vị đang tham gia một hoạt động, quý vị sẽ được nghỉ ngơi — và đó là mọi thứ về dịch vụ thay thế!

Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp đã sàng lọc trong mạng lưới tại [respite.ne.gov](http://respite.ne.gov) Nhấp vào "Read more" (Xem thêm) để được điều hướng đến Respite Provider Match hoặc NRRS Respite Search để hỗ trợ xác định vị trí nhà cung cấp trong khu vực của quý vị.