

طلب برنامج دعم LIFESPAN RESPITE

Respite (انظر التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب: اتصل على الرقم 1-866-737-7483 للتواصل مع منسق Respite Network المحلي). هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فما اللغة التي تتحدثها:

القسم 1: معلومات متلقي الرعاية (الشخص ذو الاحتياجات الخاصة الذي يحتاج إلى رعاية مستمرة).

أرفق وثائق لدعم طلب الرعاية البديلة المؤقتة (على سبيل المثال، خطاب من المعالج أو مقدم الرعاية الصحية، أو التقارير الطبية الحالية أو برنامج التعليم الفردي).



اسم متلقي الرعاية:	تاريخ الميلاد:	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
ترتيبات المعيشة: <input type="checkbox"/> مع مقدم الرعاية في منزل متلقي الرعاية <input type="checkbox"/> مع عائلة أو صديق آخر	<input type="checkbox"/> مع مقدم الرعاية في منزل مقدم الرعاية <input type="checkbox"/> يعيش بمفرده	رقم الضمان الاجتماعي:
حالة جنسية متلقي الرعاية: <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي، أو <input type="checkbox"/> أنا أجنبي مؤهل بموجب قانون الهجرة والجنسية الفيدرالي.		
العنوان البريدي:		

المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
هل يحتاج متلقي الرعاية إلى مساعدة في أي من أنشطة الرعاية الذاتية:			
الإستحمام	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المرحاض	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الملابس	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الانتقالات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الأكل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المشي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
النزول	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	التنقل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

ضع علامة بجوار جميع الاحتياجات التي يواجهها متلقي الرعاية والتي تتطلب الإشراف:

<input type="checkbox"/> الضعف الإدراكي أو الخرف	<input type="checkbox"/> القيود الوظيفية بسبب الشيخوخة	<input type="checkbox"/> الإعاقة الجسدية
<input type="checkbox"/> التحديات السلوكية	<input type="checkbox"/> صعوبات التعلم	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> إعاقات النمو و/أو الإعاقة الذهنية	<input type="checkbox"/> مشاكل الصحة العقلية	

صف الاحتياجات الخاصة لمتلقي الرعاية، مثل إجراءات الرعاية اليومية التي تتطلب دعماً إضافياً: (الإجابة مطلوبة)

ارتفاع مخاطر الإيداع في مرفق أو تلقي رعاية خارج المنزل (مثل دار رعاية المسنين، أو الحضانة، أو مؤسسة للصحة العقلية، أو منزل جماعي): نعم لا

القسم 2: معلومات مقدم الرعاية الأساسي (ولي الأمر أو الزوج/الزوجة أو عائلة أخرى أو صديق يقدم الرعاية المستمرة).

اسم الممثل المفوض: (مقدم الرعاية الأسرية الأساسي)	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	العمر: 18 <input type="checkbox"/> عاماً أو أصغر <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
مقدم الرعاية هو:	<input type="checkbox"/> صديق	<input type="checkbox"/> الشريك
<input type="checkbox"/> ولي الأمر بالتبني	<input type="checkbox"/> الوصي القانوني	<input type="checkbox"/> التوكيل الرسمي
<input type="checkbox"/> ولي الأمر البيولوجي	<input type="checkbox"/> الكافل	
<input type="checkbox"/> ابنة/ابن	<input type="checkbox"/> جد/جدة	<input type="checkbox"/> زوج/زوجة
رقم الهاتف الأرضي:	رقم الهاتف الخليوي:	الموافقة على تلقي رسالة نصية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الناقل الخليوي:

الموافقة على التواصل عبر البريد الإلكتروني: نعم لا

هل تفضل التواصل عبر: البريد الإلكتروني البريد الإلكتروني والرسائل النصية البريد الإلكتروني والرسائل النصية البريد الإلكتروني والرسائل النصية

الوقت الذي تقضيه في تقديم الرعاية كل أسبوع: 5-10 ساعات <input type="checkbox"/> 11-20 ساعة <input type="checkbox"/> 21-35 ساعة <input type="checkbox"/> بدوام كامل 24/7 <input type="checkbox"/>	ما مدى "توترك" نتيجة رعاية متلقي الرعاية: <input type="checkbox"/> لست متوتراً على الإطلاق <input type="checkbox"/> أشعر بقليل من التوتر <input type="checkbox"/> متوتر جداً <input type="checkbox"/>
صحة مقدم الرعاية في وقت الطلب (حدد إجابة واحدة): <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> مقبولة <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> حرجة	توتر متوسط <input type="checkbox"/> متوتر بشدة <input type="checkbox"/>
الحالة الوظيفية لمقدم الرعاية: <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> ليس موظفاً أو متقاعدًا	

طلب برنامج دعم Lifespan Respite

(انظر التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب: اتصل على الرقم 1-866-737-7483 للتواصل مع منسق Respite المحلي Network)

في الأشهر الستة الأخيرة، اضطر واحد أو أكثر من مقدمي الرعاية الأسرية إلى التغيب عن العمل بسبب مسؤوليات الرعاية الأسرية غير مدفوعة الأجر: نعم لا
مقدم الرعاية الأساسي لا يعمل

إذا كانت الإجابة "نعم"، فكم يوماً تغيبت فيها عن العمل:

ستوفر Lifespan Respite الرعاية البديلة المؤقتة فقط للأشخاص الذين لا يتلقون خدمات الرعاية البديلة المؤقتة أو المؤهلين للحصول على تلك الخدمات من برنامج حكومي آخر.

هل يتلقى متلقي الرعاية حالياً خدمات رعاية بديلة مؤقتة أو مؤهل للحصول على خدمات رعاية بديلة مؤقتة أخرى من برنامج حكومي آخر؟ نعم لا

المعلومات العسكرية:

هل أي شخص في الأسرة يعمل حالياً أو احتياطياً في أي فرع من فروع جيش الولايات المتحدة؟ نعم لا
هل خدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك في أي فرع من فروع الجيش؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر المعلومات أدناه عن هذا الشخص (الأشخاص).

اسم الشخص الذي يعمل في الجيش أو زوج أو ابن أحد المحاربين القدامى:	هو/هي:
<input type="checkbox"/> محارب قديم <input type="checkbox"/> زوج/زوجة أحد المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> طفل لمحارب قديم (18 عاماً أو أقل)	<input type="checkbox"/> يعمل حالياً <input type="checkbox"/> احتياطي
<input type="checkbox"/> محارب قديم <input type="checkbox"/> زوج/زوجة أحد المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> طفل لمحارب قديم (18 عاماً أو أقل)	<input type="checkbox"/> يعمل حالياً <input type="checkbox"/> احتياطي
<input type="checkbox"/> محارب قديم <input type="checkbox"/> زوج/زوجة أحد المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> طفل لمحارب قديم (18 عاماً أو أقل)	<input type="checkbox"/> يعمل حالياً <input type="checkbox"/> احتياطي

القسم 3: ترتيبات المعيشة (انكر جميع الذين يعيشون في منزل متلقي الرعاية):

الاسم:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بمتلقي الرعاية:

(إذا كان متلقي الرعاية يتلقى مزايا من خلال برامج SNAP أو MEDICAID NON-MAGI، فانتقل إلى القسم 7)

هل متلقي الرعاية بعمر 18 عاماً أو أقل يعيش أحد والديه خارج المنزل: نعم لا

القسم 4: الموارد/الأصول

هل يوجد لديك أو لدى أي شخص في المنزل أي مما يلي: نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد كل ما ينطبق واذكر الموارد/الأصول في الجدول أدناه.

<input type="checkbox"/> نقداً	<input type="checkbox"/> 401(K)	<input type="checkbox"/> حسابات التعليم
<input type="checkbox"/> حسابات جارية وحسابات توفير	<input type="checkbox"/> موارد أخرى	<input type="checkbox"/> ممتلكات (الأراضي والمنازل)
<input type="checkbox"/> شهادات الإيداع (CD)	<input type="checkbox"/> حسابات التقاعد	<input type="checkbox"/> صناديق الدفن
<input type="checkbox"/> صناديق استثمار	<input type="checkbox"/> أسهم/سندات	<input type="checkbox"/> ترتيبات الدفن
<input type="checkbox"/> ميراث	<input type="checkbox"/> معاشات سنوية	<input type="checkbox"/> ودائع

الاسم (الأسماء) في الحساب:	ماذا لديهم:	المبلغ في الحساب:	الاسم (الأسماء) في الحساب:	ماذا لديهم:	المبلغ في الحساب:

طلب برنامج دعم LIFESPAN RESPITE

(انظر التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب: اتصل على الرقم 1-866-737-7483 للتواصل مع منسق Respite المحلي Network)

القسم 5: الدخل (انظر كل الدخل الإجمالي (قبل الاستقطاعات). بالنسبة للأشخاص البالغين من العمر 19 عامًا، سيتم إدراج دخل مقدم الطلب وزوج/زوجة مقدم الطلب فقط. بالنسبة للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا، سيتم إدراج دخل مقدم الطلب والدخل الخاضع للضريبة للوالد (الوالدين) الحاضر. (NAC 1.011.02(A 464))

نوع الدخل:	المبلغ:	كم مرة يتم تلقيه:	من يحصل عليه:
<input type="checkbox"/> الأجر: <input type="checkbox"/> العمل الحر: (يجب أن يُرفق من يعمل بشكل مستقل مستحق من الدخل من مصلحة الضرائب (IRS))			
<input type="checkbox"/> تأمين الضمان الاجتماعي ضد العجز (SSDI)			
<input type="checkbox"/> تقاعد الضمان الاجتماعي			
نوع الدخل:	المبلغ:	كم مرة يتم تلقيه:	من يحصل عليه:
<input type="checkbox"/> المعاش التقاعدي بموجب تقاعد الضمان الاجتماعي: <input type="checkbox"/> إعالة الطفل: <input type="checkbox"/> النفقة:			
غير ذلك:			

القسم 6: المصروفات المتعلقة بالإعاقة (المصروفات الفعلية غير المسددة فقط)

ضع قائمة بالمصروفات المتعلقة بالإعاقة التي لا يغطيها أي مصدر آخر، والتي يتعين على متلقي الرعاية دفعها في غضون عام. أمثلة على النفقات: زيارات الطبيب، الوصفات الطبية، منتجات سلس البول للبالغين، النقل الطبي، الكراسي المتحركة، المصاعد، قروض التعديل المعماري. لا تُضمّن نفقات أفراد الأسرة الآخرين:

النفقة:	التكلفة:	معدل التكرار:

القسم 7: الخصائص الديموغرافية الاختيارية

الأصل العرقي:	العرق:
<input type="checkbox"/> ليس من أصل إسباني أو لاتيني أو إسباني	<input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل أفريقي
<input type="checkbox"/> مكسيكي	<input type="checkbox"/> أبيض/قوقازي
<input type="checkbox"/> بورتوريكو	<input type="checkbox"/> آسيوي
<input type="checkbox"/> من أمريكا الوسطى	<input type="checkbox"/> أمريكي هندي
<input type="checkbox"/> كوبي	<input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين
<input type="checkbox"/> من أمريكا الجنوبية	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين
<input type="checkbox"/> من أصل إسباني أو لاتيني أو إسباني آخر	<input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين
<input type="checkbox"/> غير ذلك/غير معروف	<input type="checkbox"/> غير ذلك/غير معروف

القسم 8: الاتفاقية والتوقيع

أفهم أنه قد يتم التحقق من بياناتي، وإذا قدمت بيانات أو معلومات كاذبة، فقد تتم إدانتني بالاحتيال.

أفهم أنه كلما طرأت تغييرات على المعلومات التي قدمتها، يجب أن أبلغ على الفور منسق برنامج دعم Respite بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا.

أفهم أنه إذا كنت أعتقد أنه لم يتم التعامل مع طلبي بشكل صحيح، فيحق لي تقديم طعن.

أفهم أن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا قد تحتاج إلى الاتصال بوكالات وأشخاص آخرين لتحديد أهليتي المالية والتحقق من حاجتي إلى الدعم الذي أتقدم بطلب للحصول عليه، أو لإجراء إجراءات لمساعدتي في الحصول على الخدمات. وأسمح بالكشف عن هذه المعلومات السرية.

أفهم أن مدفوعات المزاي قد تتأخر إذا لم أقدم رقم الضمان الاجتماعي لمتلقي الرعاية.

أفهم أن إجاباتي والمعلومات الواردة في هذا النموذج وأي طلب ذي صلة للحصول على مساعدات عامة صحيحة وكاملة ودقيقة، وأعي أنه قد تستخدم هذه المعلومات للتحقق من وجودي القانوني في الولايات المتحدة.

توقيع متلقي الرعاية البالغ أو الممثل المفوض:	التاريخ:
----------------------------------------------	----------

طلب برنامج دعم Lifespan Respite

(انظر التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب: اتصل على الرقم 1-866-737-7483 للتواصل مع منسق Respite المخلي Network)

توقيع الشخص الذي يساعد في إكمال هذا الطلب، إن وجد:

العلاقة بمتلقي الرعاية:	هاتف المساعد:	البريد الإلكتروني للمساعد:
القسم 9: مصدر الإحالة (من أخبرك عن البرنامج)		
الاسم/المسمى الوظيفي:		المنظمة/الوكالة أو العلاقة بمتلقي الرعاية:
العنوان:	المدينة:	الولاية:
الهاتف:		البريد الإلكتروني:

أرسل الطلب المكتمل والوثائق الداعمة إلى:

البريد الإلكتروني: (موصى به)	البريد:	DHHS
الفاكس:	dhhs.respite@nebraska.gov	Lifespan Respite Subsidy Program
أخصائي الخدمات الاجتماعية:	(402) 742-8356	P.O. Box 98933
منسق Respite المحلي:	(402) 471-9188	Lincoln, NE 68509-8933
	(1-866-RESPITE (1-866-737-7483	

التعليمات:**تعليمات لاستكمال نموذج CFS-1400، "طلب برنامج دعم Lifespan Respite"**

الاستخدام: يستخدم نموذج CFS-1400 كطلب لتحديد الأهلية للحصول على مزايا برنامج دعم Lifespan Respite. سيستخدم موظفو البرنامج النموذج لجمع البيانات اللازمة لتحديد الأهلية للحصول على خدمات الرعاية البديلة المؤقتة. كما أنه بمثابة تفويض للإفصاح عن المعلومات عند الحاجة إلى معلومات إضافية لتحديد الأهلية. يدفع هذا البرنامج مقابل خدمات الرعاية البديلة المؤقتة لمنح مقدم الرعاية الأساسي استراحة مؤقتة. **الرعاية البديلة المؤقتة تعني توفير فترة راحة قصيرة الأجل لمقدمي الرعاية الأساسيين من متطلبات الرعاية المستمرة للفرد ذي الاحتياجات الخاصة.** الرعاية المستمرة تعني الإشراف/الرعاية المستمرة بدوام كامل للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. مرجع دليل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية 464 NAC 1.001.01 (DHHS) و 464 NAC 1.009 و 464 NAC 1.010 وهي ليست مخصصة للأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية البديلة المؤقتة من برنامج حكومي آخر.

الاكتمال: سيستخدم موظفو البرنامج البيانات لتحديد الأهلية. قد تتسبب المعلومات غير الكاملة في تأخير تحديد الأهلية. يجب أن يكون الطلب موقفاً ومؤرخاً من قبل متلقي الرعاية البالغ أو ممثله المفوض.

القسم 1: معلومات متلقي الرعاية (يحتاج الشخص ذو الاحتياجات الخاصة إلى رعاية مستمرة بدوام كامل):

أدخل الاسم وتاريخ الميلاد والنوع وترتيبات المعيشة ورقم الضمان الاجتماعي وحالة الجنسية والعنوان والمدينة والولاية والرمز البريدي والمقاطعة لمتلقي الرعاية. ضع علامة أمام الاختيارات التي تنطبق.

أرفق وثائق لدعم طلب الرعاية البديلة المؤقتة (على سبيل المثال، خطاب من المعالج أو مقدم الرعاية الصحية، أو التقارير الطبية الحالية أو برنامج التعليم الفردي).

ارتفاع مخاطر الإيداع خارج المنزل/في مرفق رعاية: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق.

القسم 2: معلومات مقدم الرعاية الأساسي (ولي الأمر أو الزوج/الزوجة أو العائلة الأخرى أو الصديق الذي يقدم الرعاية المستمرة): أدخل اسم مقدم الرعاية. ضع علامة أمام جميع الاختيارات التي تنطبق على النوع والعمر والدور (الأدوار). أدخل رقم (أرقام) الهاتف للمنزل والهاتف المحمول والعمل.

الموافقة على إرسال رسالة نصية: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق. إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى إدراج اسم شركة اتصالات الجوال الخاصة بك.

البريد الإلكتروني للاتصال: ضع علامة إذا كان بإمكان موظفي البرنامج الاتصال بك عبر البريد الإلكتروني. أدخل عنوان بريد إلكتروني.

الوقت المستغرق في تقديم الرعاية كل أسبوع: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق.

مستوى التوتر: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق.

تفضيلات الاتصال: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق.

صحة مقدم الرعاية: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق.

الحالة الوظيفية: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق.

التغيب عن العمل: ضع علامة أمام الاختيار الذي ينطبق. اذكر عدد الأيام التي تغيبت فيها.

طلب برنامج دعم Lifespan Respite

(انظر التعليمات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب: اتصل على الرقم 1-866-737-7483 للتواصل مع منسق Respite Network المحلي)

القسم 3: ترتيبات المعيشة: اذكر جميع الأشخاص الذين يعيشون في المنزل. تأكد من تضمين تاريخ ميلاد الجميع وعلاقتهم بمتلقي الرعاية.

إذا كان متلقي الرعاية يتلقى مزايا Medicaid أو SNAP أو ADC أو الإعاقة الحكومية أو AABD، فانتقل إلى القسم 7 (الخصائص الديموغرافية الاختيارية).

القسم 4: الموارد/الأصول: *قد يطلب منك موظفو البرنامج التحقق من صحة الموارد/الأصول للامتثال لقانون الولاية، والمتطلبات الإدارية ومتطلبات التدقيق المحددة لإثبات أهلية العميل لاستخدام أموال البرنامج. قد يؤدي عدم الرد أو تقديم معلومات غير كاملة إلى تأخير تحديد الأهلية.

ضع علامة أمام الاختيارات التي تنطبق. اذكر الشخص (الأشخاص) الذي خضع لفحص الأموال ومبلغ كل منها. أدرج أي موارد سائلة بما في ذلك النقد في متناول اليد، والحسابات الجارية وحسابات التوفير، وشهادات الإيداع، والأسهم، والسندات، والقيم النقدية للتأمين على الحياة، وصناديق Keogh و IRA، وما إلى ذلك. سيتم استخدام هذه البيانات كعامل آخر من عوامل الأهلية.

القسم 5: الدخل: *قد يطلب منك موظفو البرنامج التحقق من صحة الموارد/الأصول للامتثال لقانون الولاية، والمتطلبات الإدارية ومتطلبات التدقيق المحددة لإثبات أهلية العميل لاستخدام أموال البرنامج. قد يؤدي عدم الرد أو تقديم معلومات غير كاملة إلى تأخير تحديد الأهلية.

استخدم المزيد من الورق إذا لم تكن هناك مساحة كافية لإجاباتك على هذا الطلب.

الأجور و/أو العمل الحر: اذكر الأجر الإجمالي الحالي للأسرة (قبل الضرائب والاستقطاعات) أو العمل الحر حسب المبلغ ومعدل تكراره ومن يتقاضاه.

إعالة الطفل، النفقة: اذكر المبلغ ومعدل تكراره ومن يتقاضاه.

القسم 6: المصروفات المتعلقة بالعجز: اكتب جميع النفقات المتعلقة بالإعاقة المدفوعة نيابة عن متلقي الرعاية في غضون عام. لا تُضمّن المبالغ التي يغطيها التأمين أو برنامج (برامج) المزايا الأخرى. سيتم النظر في المعلومات المدرجة هنا لمعرفة ما إذا كان يمكن استبعاد النفقات من الدخل. يجب أن تتضمن أشياء مثل المصروفات الفعلية للوصفات الطبية، والتعديلات المنزلية، وحفاضات الأشخاص فوق سن 3 سنوات، وما إلى ذلك.

العرق والأصل العرقي (اختياري): ضع علامة أمام كافة الاختيارات التي تنطبق.

القسم 7: الخصائص الديموغرافية الاختيارية: حدد العرق والأصل العرقي لمتلقي الرعاية. يسمح الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 للوزارة بطلب هذه المعلومات. لن تستخدم هذه المعلومات في تحديد الأهلية لتمويل البرنامج. إذا لم تقدم هذه المعلومات، فلن يؤثر ذلك على طلبك. تطلب الوزارة المعلومات لضمان توزيع المزايا بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل العرقي أو الأصل القومي.

القسم 8: الاتفاقية والتوقيع: يجب على متلقي الرعاية البالغ أو الممثل المفوض التوقيع على الطلب قبل أن يتمكن موظفو البرنامج من اعتماد المزايا. يجب على الشخص الذي يساعد في إكمال الطلب التوقيع وإدراج العلاقة والتاريخ والهاتف والبريد الإلكتروني.

القسم 9: مصدر الإحالة (من أخبرك عن هذا البرنامج؟): أدرج الاسم والمؤسسة/الوكالة/العلاقة بمتلقي الرعاية ومعلومات الاتصال الخاصة بمن جعلك تعرف ببرنامج دعم Lifespan Respite.

أرسل الطلب المكتمل والوثائق الداعمة إلى:

DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933	البريد الإلكتروني: (موصى به)	dhhs.respite@nebraska.gov	البريد:
	الفاكس:	(402) 742-8356	
	أخصائي الخدمات الاجتماعية:	(402) 471-9188	
	منسق Respite المحلي:	(1-866-RESPITE (1-866-737-7483	

من يقدم الرعاية البديلة المؤقتة

هناك شيء من 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 مدفوعي الأجر. تشمل الاحتمالات الأخرى ما يلي: منظمات أو مخيمات أو وكالة موثوق بها أو منظمة أو مجموعة محلية يقودها متطوعون أو برنامج مدرسي بقيادة متطوعين أو برنامج ركوب الخيل العلاجي أو منظمات دينية أو غيرها من الأنشطة المعتمدة. بينما يحضر أربابك أحد الأنشطة، فإنك تحصل على استراحة - 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.