

ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန

ဘဝတွက်တာ သက်သာစေရေး ထောက်ပံ့မှု (LIFESPAN RESPITE SUBSIDY) အစီအစဉ်လျှောက်ထားခြင်း

(လမ်းညွှန်ချက်များကို ကြည့်ပါ။ ဤလျှောက်ထားချက် ပြီးအောင်ဖြည့်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက - ဒေသခံ Respite ကွန်ရက် ညှိနှိုင်းရေးမှူးအား ဖုန်းနံပါတ် 1-866-737-7483 တွင် ခေါ်ဆိုပါ။) စကားပြောစဉ် သင် လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် 'ဟုတ်'ပါက မည်သည့်ဘာသာစကားကို သင် ပြောဆိုပါသလဲ - _____

အပိုင်း 1 - ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း အချက်အလက်များ (ဆက်တိုက် ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်သည့် အထူးလိုအပ်ချက်များရှိသူ။)



သက်သာစေရေး (respite) အတွက် တောင်းဆိုချက်ကို ကူညီပံ့ပိုးရန် စာရွက်စာတမ်း တွဲထည့်ပေးပါ (ဥပမာ - ကုထုံးရှင် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးအပ်သူထံမှစာ၊ လက်ရှိ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာများ သို့မဟုတ် IEP)။

ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း၏ အမည် -	မွေးနေ့ရက်စွဲ-	ကျား/မ - <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
---	----------------	--

နထိုင်ရေး အစီအစဉ်များ- <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း၏ အိမ်တွင် ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်သူနှင့်အတူ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်သူ၏ အိမ်တွင် ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်သူနှင့်အတူ <input type="checkbox"/> အခြားမိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေသူငယ်ချင်းနှင့်အတူ <input type="checkbox"/> တစ်ဦးတည်းနေသည်	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် -
---	------------------------

ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း နိုင်ငံသားအခြေအနေ -

အမေရိကန် ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားတစ်ဦး သို့မဟုတ်

ကျွန်ုပ်တို့သည် ပြည်ထောင်စု လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် အမျိုးသား အက်ဥပဒေအရ အရည်အချင်း ပြည့်မီသော နိုင်ငံခြားသားတစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။

စာပို့လိပ်စာ-

မို့ဖြာတ်-	ပြင်ဆန်-	ဖော်ကုဒ်-	ကောင်တီ-
------------	----------	-----------	----------

ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းသည် တစ်ကိုယ်ရေ စောင့်ရှောက်ရေး လုပ်ဆောင်မှုများအတွက် အကူအညီလိုအပ်ပါသလား-

ရေချိုးခြင်း	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို	အိမ်သာတက်ခြင်း	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို	ဖိလိမ်းသန်ရှင်းခြင်း	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို
ဝတ်စားဆင်ယင်ခြင်း	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို	သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးများ	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို	ရွှေ့လျားမှု	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို
အစားအသောက်	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို	လမ်းလျှောက်ခြင်း	<input type="checkbox"/> လို <input type="checkbox"/> မလို		

ကျန်းမာရေးလိုအပ်သည့် ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းမှ ကံကြွေးရသည့် လိုအပ်ချက်အားလုံးကို အမှတ်ခံကြပါ -

အသိစိတ်ချို့ယွင်းမှု ဒါမှမဟုတ် သွပ်ချာပါဒရောဂါ အိုမင်းခြင်းကြောင့် လုပ်ငန်းဆောင်တာပိုင်းဆိုင်ရာ အကန့်အသတ်များ

အပြုအမူဆိုင်ရာ စိန်ခေါ်မှုများ သင်ယူနိုင်မှုစွမ်းရည် ချိတ်ဆွဲမှု အခြား -

ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် ဉာဏ်ရည်ချို့တဲ့မှု စိတ်ကျန်းမာရေး ပြဿနာများ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်မစွမ်းမှု

အပိုထောက်ပံ့မှုလိုအပ်သည့် နေ့စဉ်ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ရိုးလုပ်စဉ်များကဲ့သို့သော ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း၏ အထူးလိုအပ်ချက်များကို ဖော်ပြပါ - (အဖြေ လိုအပ်ပါသည်)

(ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်ရေး၊ မွေးစားစောင့်ရှောက်ရေး၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်း၊ အုပ်စုဖွဲ့စည်းအိမ်ကဲ့သို့ အနုတရား မငြိမ်းမည်အတွက် နေအိမ်ပြင်ပ နေရာချထားမှု/ဌာနတွင်း စောင့်ရှောက်မှု - ဟုတ် မဟုတ်

အပိုင်း 2 - အဓိကပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူ အချက်အလက် (မိဘ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ အခြားမိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေသူငယ်ချင်းများ က ဆက်တိုက်စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း)။

အခွင့်အာဏာပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည် - (အဓိက မိသားစုတွင်း ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူ)	ကျား/မ - <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	အသက်အရွယ် - <input type="checkbox"/> 18 နှစ်နှင့် အောက် <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
---	--	---

ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူသည် -

<input type="checkbox"/> မွေးစားမိဘ	<input type="checkbox"/> မိတ်ဆွေသူငယ်ချင်း	<input type="checkbox"/> တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ	<input type="checkbox"/> မိတ်ဖက်
<input type="checkbox"/> မိဘအရင်း	<input type="checkbox"/> မွေးစား မိဘ	<input type="checkbox"/> မောင်နှမ	<input type="checkbox"/> ရှုနေအာဏာ လွှဲအပ်ချက်
<input type="checkbox"/> သမီး/သား	<input type="checkbox"/> အဘိုးအဘွား	<input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဖက်	

နအိမ်ဖုန်းလိုင်း နံပါတ် -	ဆဲလ်ဖုန်း နံပါတ် -	စာသားမက်ဆေ့ဂျစ် သဘာဝတူခွင့်ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူသည် - <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်း ထောက်ပံ့သူ -
---------------------------	--------------------	--

အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ရန် သဘာဝတူခွင့်ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူ၏ အီးမေးလ် -
--	----------------------------------

သင့်အနေဖြင့် နောက်ပါ ဆက်သွယ်ပုံစံတို့ကို ပိုနှစ်သက်ပါသလား -

အီးမေးလ် အီးမေးလ်နှင့် စာသားမက်ဆေ့ဂျစ် စာတိုက်မှ စာတိုက်မှနှင့် စာသားမက်ဆေ့ဂျစ်

အပတ်စဉ် ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေမှုအတွက် ကုန်ဆုံးခွဲချိန် - <input type="checkbox"/> 5-10 နာရီ <input type="checkbox"/> 11-20 နာရီ <input type="checkbox"/> 21-35 နာရီ <input type="checkbox"/> အချိန်ပည့် 24/7	ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေမှု ခံယူသူအား ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေခြင်း၏ ရလဒ်အနေဖြင့် သင့်ထံတွင် "စိတ်ဖိစီးမှု" မည်မျှရှိပါသလဲ။ <input type="checkbox"/> စိတ်ဖိစီးမှု လုံးဝမရှိခဲ့ပါ <input type="checkbox"/> အနည်းအကျဉ်း စိတ်ဖိစီးခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အသင့်အတင့် စိတ်ဖိစီးခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အလွန် စိတ်ဖိစီးခဲ့သည် <input type="checkbox"/> အလွန်အမင်း စိတ်ဖိစီးခဲ့သည်
တောင်းဆိုချိန်တွင် ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူ၏ ကျန်းမာရေး (တစ်ခုခုကို အမှတ်ခံပြုပါ) - <input type="checkbox"/> ကောင်း <input type="checkbox"/> သင့်တင့် <input type="checkbox"/> မသန်စွမ်းမှုရှိ <input type="checkbox"/> အရေးပေါ်အခြေအနေ	
ပုဂ္ဂိုလ်စဉ်ရှာဖွေသူသည် အလုပ်ရှိသည် - <input type="checkbox"/> အချိန်ပည့် <input type="checkbox"/> အချိန်ပိုင်း <input type="checkbox"/> အလုပ်မလုပ် သို့မဟုတ် အငြိမ်းစား	

လွန်ခဲ့သော ခြောက်လအတွင်း မိသားစု ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် သို့မဟုတ် ပိုများများသည် လစာမရသည့် မိသားစုပုဂ္ဂိုလ် တစ်ဦးအား အလုပ်ပျက်ရန် လိုအပ်ခဲ့သည်
တာဝန်ဝတ္တရားများ - ဟုတ် မဟုတ် အဓိက ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် အလုပ်မလုပ်ပါ
အကယ်၍ 'ဟုတ်'ပါက ရက်ပေါင်းမည်မျှ ပျက်ကွက်ခဲ့ပါပြီ -

သက်သာရေး ဝန်ဆောင်မှု မရရှိသူများ သို့မဟုတ် အခြားအစီအစဉ်မှ အခြား သက်သာရေးဝန်ဆောင်မှုများရရှိရန် သတ်မှတ် ချက်မပံ့ပိုးမှုများအတွက်သာ Lifespan Respite က သက်သာရေးကူညီပံ့ပိုးမှုများ ပေးအပ်ပါမည်။

ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် လတ်တလော သက်သာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ လက်ခံရရှိနေပါသလား သို့မဟုတ် အခြားအစီအစဉ်မှ အခြားသက်သာရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အရည်အချင်းပံ့ပိုးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

စစ်ရုံးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ -
အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စစ်ဌာနခွဲတစ်ခုခုတွင် လစာလစာဆယ် တက်ကျွမ်းအမှုထမ်းပါ သလား သို့မဟုတ် အရံတစ်ဦးဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်ဦးဦးသည် စစ်ဌာနခွဲတစ်ခုခုတွင် အမှုထမ်းခဲ့ဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
'ဟုတ်' ပါက အဆိုပါသူ(များ)အတွက် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ပါ။

စစ်တပ်တွင်းရှိသူ၏အမည် သို့မဟုတ် စစ်မှုထမ်းဟောင်းတစ် ဦး၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် ကလေး၏ အမည် -	သူ/သူမသည် -
	<input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း <input type="checkbox"/> တက်ကျွမ်း အမှုထမ်းနေသည် <input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> အရံ <input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ ကလေး (18 နှစ် သို့မဟုတ် အောက်)
	<input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း <input type="checkbox"/> တက်ကျွမ်း အမှုထမ်းနေသည် <input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> အရံ <input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ ကလေး (18 နှစ် သို့မဟုတ် အောက်)
	<input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း <input type="checkbox"/> တက်ကျွမ်း အမှုထမ်းနေသည် <input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ အိမ်ထောင်ဖက် <input type="checkbox"/> အရံ <input type="checkbox"/> စစ်မှုထမ်းဟောင်း၏ ကလေး (18 နှစ် သို့မဟုတ် အောက်)

အပိုင်း 3 - နထိုင်ရေး အစီအစဉ်များ (ပုဂ္ဂလိကပိုင်ရှင်မဟုတ်သူ၏ အိမ်ထောင်စုတွင်း နထိုင်သူအားလုံးကို စာရင်းပေးရန်) -

အမည်-	မွေးနေ့ရက်စွဲ-	ပုဂ္ဂလိကပိုင်ရှင်မဟုတ်သူနှင့် တစ်စပ်ပုံ-

(အကယ်၍ ပုဂ္ဂလိကပိုင်ရှင်မဟုတ်သူသည် SNAP သို့မဟုတ် MEDICAID NON-MAGI အစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် အကျိုးခံစားခွင့် များရရှိပါက အပိုင်း 7 သို့ ကျော်သွားပါ။)

အသက် 18 နှစ်နှင့် အောက် ပုဂ္ဂလိကပိုင်ရှင်မဟုတ်သူထံတွင် အိမ်ပိုင်ပိုင် နထိုင်သော မိဘတစ်ဦးရှိပါသလား - ဟုတ် မဟုတ်

အပိုင်း 4 - ရင်းမြစ်များ/ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းများ

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ရှင်တစ်ဦးထံတွင် အောက်ပါတို့မှ တစ်ခုခုရှိပါသလား - ဟုတ် မဟုတ်
 'ဟုတ်'ပါက သက်ဆိုင်သည့်အရာအားလုံးကို စစ်ဆေးပြီးအောက်ပါဇယားတွင်းပါ ရင်းမြစ်များ/ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းများကို စာရင်းပေးပါ။

- ငွေသား
- 401(K)
- ပညာရေး အကောင့်များ
- သုံးငွေနှင့် စုငွေအကောင့်များ
- အခြားရင်းမြစ်များ
- ပိုင်ဆိုင်မှု (မမြေ အိမ်)
- ငွေစေ့လက်မှတ်များ (CD)
- အင်မြီးစား အကောင့်များ
- မမြေပြင်သင့်ဂိုဏ်းရန် ယုံကြည်အပ်နှံငွေများ
- အပန်အလှန် ရန်ပုံငွေများ
- စတော့ရှယ်ယာများ/ဘွန်းများ
- မမြေပြင်သင့်ဂိုဏ်းရန် အစီအစဉ်များ
- အမွေ
- နှစ်စဉ်ပေးချသောငွေများ
- ယုံကြည်အပ်နှံငွေများ

အကောင့်ပေါ်ရှိ အမည်(များ) -	သူတို့ထံတွင် ဘာတွဲရှိနေပါသလဲ -	အကောင့်ပေါ်ရှိ ငွေပမာဏ -	အကောင့်ပေါ်ရှိ အမည်(များ) -	သူတို့ထံတွင် ဘာတွဲရှိနေပါသလဲ -	အကောင့်ပေါ်ရှိ ငွေပမာဏ -

ဘဝတွက်တာ သက်သာစရေး ထောက်ပံ့မှု (LIFESPAN RESPITE SUBSIDY) အစီအစဉ် လျှောက်ထားခြင်း

(လမ်းညွှန်ချက်များကို ကြည့်ပါ။ ဤလျှောက်ထားချက် ပြီးအောင်ဖြည့်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက - ဒေသခံ Respite ကုန်ရက် ညှိနှိုင်း ရေးမှူးအား ဖုန်းနံပါတ် 1-866-737-7483 တွင် ခေါ်ဆိုပါ)

အပိုင်း 5 - ဝင်ငွေ (အကမ်းပြုဖွဲ့ ဝင်ငွေစေ့စပ်ခြင်း (လျှော့ချမှုမတိုင်မီ) အားလုံးကို စာရင်းပုံပြပါ။ အသက် 19 နှစ် ပြည့်ပြီးသူများ အတွက် လျှောက်ထားသူ၏ဝင်ငွေနှင့် လျှောက်ထားသူ၏ အိမ်ထောင်ဖက်ကိုသာ စာရင်းပုံပြပါမည်။ အသက် 19 နှစ်အောက်ရှိ သူများအတွက် လျှောက်ထားသူ၏ဝင်ငွေနှင့် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ထားသော မိဘ(များ)၏ အခွန်ကောင်ခံနိုင်သည့်ဝင်ငွေကို စာရင်းပုံပြပါမည်။ 464 NAC 1.011.02(A))

ဝင်ငွေအမျိုးအစား-	ပမာဏ -	၎င်းအား လက်ခံရရှိခဲ့ သော အကျိုးရလဒ် -	၎င်းကို လက်ခံရရှိသူ -
<input type="checkbox"/> လုပ်အားခများ - <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင် - (ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် IRS ဝင်ငွေ အတည်ပြု ချက် တွဲပေးရမည်)			
<input type="checkbox"/> လူမှုဖူလုံရေး မသန်စွမ်းမှု အာမခံ (SSDI)			
<input type="checkbox"/> လူမှုဖူလုံရေး အငိုမြီးစားယူခြင်း			
ဝင်ငွေအမျိုးအစား-	ပမာဏ -	၎င်းအား လက်ခံရရှိခဲ့ သော အကျိုးရလဒ် -	၎င်းကို လက်ခံရရှိသူ -
<input type="checkbox"/> SS အငိုမြီးစားယူမှုအောက်ရှိ ပင်စင်စား - <input type="checkbox"/> ကလေးထောက်ပံ့မှု - <input type="checkbox"/> မယားစရိတ် -			
အခြား -			

အပိုင်း 6 - မသန်မစွမ်းမှုနှင့် ဆက်စပ်သော အသုံးစရိတ်များ (ပြန်အစားမပေးသော အိတ်ကပ်မှစိုက်ထုတ်ရသည့် ကုန်ကျစရိတ်များသာ)

အခြားအရင်းအမြစ်တစ်ခုခုမှ မကားပေးသည့်၊ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ခံယူသူမှ တစ်နှစ်တာအချိန်အတွင်း ပေးချရမည့် မသန်မစွမ်းမှုနှင့် ဆက်စပ်သော အသုံးစရိတ်များကို စာရင်းပုံပြပါ။ ကုန်ကျစရိတ် ဥပမာများ - ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်မှုများ၊ ညွှန်းဆေးများ၊ လူကိုင်ဆီးဝမ်းမထိန်းနိုင်မှုဆိုင်ရာ ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ ဘီးတပ် ကုလားထိုင်များ၊ ဓာတ်လှကားများ ၊ ဗိသုကာပိုင်း မွမ်းမံပြင်ဆင်ရေးအတွက် ချေးငွေများ။ အခြားမိသားစုဝင်များ၏ အသုံးစရိတ်များကို မထည့်ပါနှင့် -

အသုံးစရိတ်-	ကုန်ကျစရိတ်-	အကျိုးမည်မျှ-

အပိုင်း 7 - ရွေးချယ်လိုပါက လူဦးရေဆိုင်ရာအချက်များ

မျိုးနွယ်စု -	လူမျိုး -
<input type="checkbox"/> စပိန်မျိုးနွယ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန်ဇစ်မဖြစ် မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မကုကဆီကန် <input type="checkbox"/> ဟွာတီရီကန် <input type="checkbox"/> အမေရိကန်အလယ်ပိုင်း <input type="checkbox"/> ကျူးဘား <input type="checkbox"/> တောင်အမေရိကတိုက်သား <input type="checkbox"/> အခြား စပိန်မျိုးနွယ်၊ လက်တီနို သို့မဟုတ် စပိန်ဇစ်မဖြစ်မဟုတ် <input type="checkbox"/> အခြား/မသိပါ	<input type="checkbox"/> လူမဲ/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> လူဖူဖြူကော့ကေးရှန်း <input type="checkbox"/> အာရှတိုက်သား <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း <input type="checkbox"/> အာလာစကန် ဌာနသား <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်းယီ ဌာနသား <input type="checkbox"/> အခြားပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> အခြား/မသိပါ

အပိုင်း 8 - သဘာဝတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်

ကျွန်ုပ်၏ ဖော်ပြချက်များကို စစ်ဆေးနိုင်ခြင်းနှင့် မှားယွင်းဖော်ပြချက်များ သို့မဟုတ် အချက်အလက်မှားများ ပေးခဲ့ပါက ကျွန်ုပ်အနုပညာ လိမ်လည်မှုကျူးလွန်ခြင်း တွေ့ရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်တော်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်ပေးခဲ့သော အချက်အလက်များတွင် အပြောင်းအလဲများ ရှိသောအခါတိုင်း ကျွန်ုပ် သည် ၎င်းတို့ကို Nebraska ကျန်းမာရေး နှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန၊ Respite Subsidy Program Coordinator သို့ ချက်ချင်း အစီရင်ခံရမည်ဖြစ်ခြင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏တောင်းဆိုချက်ကို မှန်ကန်စွာ ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်သည်ဟု ကျွန်ုပ်မထင်ပါက အယူခံဝင်ခွင့်ရှိခြင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ငွေကြေးဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်ပုံစံကို ဆုံးဖြတ်ရန်နှင့် ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားနေသော ကူညီပံ့ပိုးမှုအတွက် ကျွန်ုပ်၏လိုအပ်ချက်ကို အတည်ပြုရန် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကိုရယူရာတွင် ကျွန်ုပ်အားကူညီပေးရန် ရည်ညွှန်းလွှဲပေးခြင်းများ ပြုလုပ်ရန် Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာနအနုပညာ အခြားအရောင်းစီမံများနှင့် လူပုဂ္ဂိုလ်များကို ဆက် သွယ်ရန်လိုအပ်ခြင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ဤလျှောက်အချက်အလက်ကို ထုတ်ပြန်ရန် ကျွန်ုပ် အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။

ပုဂ္ဂလိကစွာဆောင်ရွက်မှုအတွက် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ကျွန်ုပ် မပေးအပ်ခဲ့ပါက အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ငွေပေးချေမှုများ နှောင့်နှေးနိုင်ခြင်း ကျွန်ုပ်တော်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏တုံ့ပြန်မှုနှင့် အစိုးရအကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ဤဖောင်နှင့်ဆက်စပ်လျှောက်ထားချက် တစ်ခုခုပေါ်တွင် ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်၊ ပြည့်စုံပြီးတိကျသည့်အပြင် အဆိုပါအချက်အလက်များကို အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင်း ကျွန်ုပ် တရားဝင်ရောက်ရှိနေမှုကို အတည်ပြုစစ်ဆေးရန် အသုံးပြုနိုင်ခြင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

အရွယ်ရောက်ပြီးပုဂ္ဂလိကစွာဆောင်ရွက်မှုအတွက် သို့မဟုတ် အခွင့်အာဏာပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် -	ရက်စွဲ-
--	---------

သက်ဆိုင်ပါက ဤလျှောက်လွှာကိုဖည့်ရာတွင် ကူညီပေးခဲ့သူ၏လက်မှတ် -

ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်းမှအယူအဆနှင့် တစ်စပ်ပုံ-	ကူညီသူ၏ တယ်လီဖုန်း -	ကူညီသူ၏ အီးမေးလ် -
--	----------------------	--------------------

အပိုင်း 9 - ရည်ညွှန်းလွှဲပေးခြင်းရင်းဆိုင်ရာ ရင်းမြစ် (ပရိုဂရမ်အကဲဖြတ်ခြင်း သင့်အား ပြောပြပါ)

အမည်/ရာထူး -	အဖွဲ့အစည်း/အလုပ်အကိုင် သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်းမှအယူအဆနှင့် တစ်စပ်ပုံ -
--------------	--

လိပ်စာ-	မြို့ပြအမည်-	ပြည်နယ်-
---------	--------------	----------

တယ်လီဖုန်း-	အီးမေးလ်-
-------------	-----------

 ဖည့်ပေးသော လျှောက်လွှာနှင့် ထောက်ပံ့မှုစာတမ်းများကို နောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ရန် -

အီးမေးလ် - (အက်ပြုပါသည်)	dhhs.respite@nebraska.gov	စာတိုက်မှ -	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
ဖက်စ်-	(402) 742-8356		
လူမှုဝန်ဆောင်ရေး လုပ်သား -	(402) 471-9188		
ဒေသနာတရ Respite ညှိနှိုင်း ဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပါ -	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

လမ်းညွှန်ချက်များ -

ဖောင်ပုံစံ CFS-1400, “ဘဝတွက်တာသက်သာရေး ထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်လျှောက်ထားချက် (Lifespan Respite Subsidy Program Application)” ကို ဖည့်ရန်အတွက် လမ်းညွှန်ချက်များ

အသုံးပြုရန် - Lifespan Respite Sspite Subsidy Subgram အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ဖောင် CFS-1400 ကို လျှောက်လွှာတစ်ခုအဖြစ် အသုံးပြုပါသည်။ သက်သာရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီ မှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် လိုအပ်သောအချက်အလက်များ စုဆောင်းရန် အစီအစဉ်ဝန်ထမ်းများက ဤဖောင်ပုံစံကို အသုံးပြုလိမ့်မည်။ သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များ လိုအပ်သောအခါ အချက်အလက်များ ထုတ်ပေးချက်တစ် ခု အဖြစ်လည်း ၎င်းက ဆောင်ရွက်ပါသည်။ ဤအစီအစဉ်သည် အဓိက ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်းအား ယာယီအနားယူခွင့်ပေးရန် သက်သာ ရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေပါသည်။ သက်သာရေး (Respite) ဆိုသည်မှာ အထူးလိုအပ်ချက်များရှိသူ တစ်ဦးကို ဆက်လက်ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်းရန် တောင်းဆိုချက်များမှ အဓိက ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်းကို ရတိုသက်သာရေး ပြောင်းပေးခြင်း ဟု ဆိုလိုသည်။ ဆက်လက်ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်း ဆိုသည်မှာ အထူးလိုအပ်ချက်များရှိသူ တစ်ဦးအတွက် စဉ်ဆက်မပြတ် အချိန်ပိုမို ကြိုတင်ပြုမူ/ပုဂ္ဂိုလ်စာရင်းစာရင်းမှ ဆိုလိုသည်။ DHS လက်စွဲစာအုပ် ရည်ညွှန်းချက် 464 NAC 1.001.01၊ 464 NAC 1.009 နှင့် NAC

1.010. ယင်းသည် အခြားအစိုးရအစီအစဉ်မှ သက်သာစေရေးဝန်ဆောင်မှုများ လက်ခံရရှိနေသူများအတွက် မဟုတ်ပါ။

ပညာစုံပါက - ပရိုဂရမ်ဝန်ထမ်းများက သတ်မှတ်ချက်ပညာစုံမှ ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပါမည်။ အချက်အလက် မပညာစုံပါက သတ်မှတ်ချက်ပညာစုံမှ ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို နှောင့်နှေးစေနိုင်ပါသည်။ လျှောက်လွှာကို အရွယ်ရောက်ပြီးပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှု ခံယူသူ သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏ အခွင့်အာဏာပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်က လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးရက်စွဲတပ်ရပါမည်။

အပိုင်း 1 - ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူ အချက်အလက် (အချိန်ပြည့် ဆက်တိုက်စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်နေသည့် အထူးလိုအပ်ချက်များရှိသူ)

ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူ၏ အမည်၊ မွေးနေ့ရက်စွဲ၊ ကျား/မ၊ နေထိုင်ရေး အစီအစဉ်များ၊ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်၊ နိုင်ငံသား အနေအထား၊ လိပ်စာ၊ မှီငြမ်း၊ ပညာနယ်၊ ဇစ်ကုဒ်နှင့် ကောင်တီကို ထည့်သွင်းပါ။ သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်အားလုံးကို အမှတ်အသားပေးပါ။



သက်သာစေရေး (respite) အတွက် တောင်းဆိုချက်ကို ကူညီပံ့ပိုးရန် စာရွက်စာတမ်း တွဲထည့်ပေးပါ (ဥပမာ - ကုထုံးရှင် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးအပ်သူထံမှစာ၊ လက်ရှိ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာများ သို့မဟုတ် IEP)။

အိမ်ပြုပုဂ္ဂလိက နရောချထားမှု/ဌာနတွင်း စောင့်ရှောက်မှု၏ အနုတရားမပြုမှုများ - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။

အပိုင်း 2- အဓိက ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်သူ အချက်အလက် (ဆက်တိုက်ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်ပေးနေသည့် မိဘ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ အခြားမိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေသူငယ်ချင်း)

ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်သူ၏အမည်ကို ထည့်သွင်းပါ။ ကျား/မ၊ အသက်အရွယ်နှင့် အခန်းကဏ္ဍ(များ)အတွက် သက်ဆိုင်ရာ အကွက်အားလုံးကို အမှတ်အသားပေးပါ။ အိမ်ဖုန်း၊ ဆဲလ်ဖုန်းနှင့် အလုပ်ဖုန်း နံပါတ်(များ)ကို ထည့်သွင်းပါ။

စာသားကိုသာတော့ခွင့်ပခြက် - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။ 'ဟုတ်' ပါက သင့်ဆဲလ်ဖုန်း ပံ့ပိုးသူ ကို စာရင်းပေးပါ။

အီးမေးလ် အဆက်အသွယ် - အစီအစဉ်ဝန်ထမ်းက သင့်အား အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်မှု ရှိမရှိ အကွက်ကို အမှတ်ခရစ်ပေးပါ။ အီးမေးလ် လိပ်စာကို ထည့်သွင်းပါ။

အပတ်စဉ် ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်မှုပေးရသည့် အချိန် - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။

စိတ်ဖိစီးမှုအဆင့် - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။

ကံကြံ့နှစ်သက်သည့် ဆက်သွယ်ပုံစံ - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။

ပုဂ္ဂလိကစောင့်ရှောက်သူ၏ ကျန်းမာရေး - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။

အလုပ်အကိုင် အခြေအနေ - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။

အလုပ်ပျက်မှု - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခရစ်ရန်အကွက်ကို အမှတ်အသားပေးပါ။ အလုပ်ပျက်ခဲ့သည့် နေ့ရက်အရေအတွက်ကို စာရင်းပုဂ္ဂလိက။

အပိုင်း 3 - နထိုင်ရေး အစီအစဉ်များ - အိမ်ထောင်စုတွင် နထိုင်သူအားလုံး စာရင်းပုံစံပါ။ လူတိုင်း၏ မွေးနေ့နှင့် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအဖွဲ့ဝင်များမှ အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်စပ်ပုံကို ထည့်သွင်းကတ်ခြင်း သင်္ချာပါစေ။

အကယ်၍ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအဖွဲ့ဝင်များမှ အိမ်ထောင်စုသည် Medicaid ၊ SNAP ၊ ADC ၊ ပြင်ဆင်မှု မသန်မစွမ်းမှု သို့မဟုတ် AABD ကို လက်ခံရရှိပါက အပိုင်း 7 (ရွေးချယ်လိုပါက လူဦးရေဆိုင်ရာအချက်များ) သို့ ကျော်လွန်ပါ။

အပိုင်း 4 - ရင်းမြစ်များ/ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းများ - *ရင်းမြစ်များ/ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းများသည် ပြင်ဆင်မှု ပြောင်းလဲပုံစံ၊ အစီအစဉ် ရန်ပုံငွေများ အသုံးပြုရန်အတွက် ဖောက်သည်၏ ငွေကမ်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက် သတ်မှတ်ချက်ပုံစံရှိမရှိ ရှိမရှိ သရုပ်ဖော်ပြောရန် အဓိပ္ပာယ်သတ်မှတ်ထားသော စီမံအုပ်ချုပ်ရေးနှင့် စစ်ဆေးရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို အတည်ပြုရန် အစီအစဉ်ဝန်ထမ်းက သင့်အား မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။ တုံ့ပြန်ရန် ပျက်ကွက်ခြင်း သို့မဟုတ် မပြည့်စုံသော သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးအပ်ခြင်းတို့က အရည်အချင်းပုံစံရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို နှောင့်နှေးစေနိုင်ပါသည်။

သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခွဲခြားမှုအကွက်အားလုံးကို အမှတ်အသားပေးပါ။ ရန်ပုံငွေကို စစ်ဆေးပြီးတစ်ခုချင်းစီ၏ ပမာဏကို စစ်ဆေးခဲ့သူများကို စာရင်းပုံစံပေးပါ။ လက်ဝယ် ငွေသား၊ သုံးငွေနှင့် စုငွေအကောင်များ၊ ငွေစေ့လက်မှတ်များ၊ စတော့ရှယ်ယာများ၊ ဘွန်းများ၊ အသက်အာမခံ ငွေသားတန်ဖိုးများ၊ IRA နှင့် Keogh ရန်ပုံငွေများ၊ စသဖြင့်တို့ပါဝင်သည့် ငွေသားအလွယ်တကူပြောင်းလဲနိုင်သော ရင်းမြစ်များကို စာရင်းပုံစံပေးပါ။ ဤအချက်အလက်များကို သတ်မှတ်ချက်ပုံစံရှိမရှိဆိုင်ရာ နောက်ထပ်အချက်တစ်ခုအဖြစ် အသုံးပြုပါမည်။

အပိုင်း 5 - ဝင်ငွေ - *ရင်းမြစ်များ/ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းများသည် ပြင်ဆင်မှု ပြောင်းလဲပုံစံ၊ အစီအစဉ်ရန်ပုံငွေများ အသုံးပြုရန်အတွက် ဖောက်သည်၏ ငွေကမ်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက် သတ်မှတ်ချက်ပုံစံရှိမရှိ ရှိမရှိ သရုပ်ဖော်ပြောရန် အဓိပ္ပာယ်သတ်မှတ်ထားသော စီမံအုပ်ချုပ်ရေးနှင့် စစ်ဆေးရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို အတည်ပြုရန် အစီအစဉ်ဝန်ထမ်းက သင့်အား မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။ တုံ့ပြန်ရန် ပျက်ကွက်ခြင်း သို့မဟုတ် မပြည့်စုံသော သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးအပ်ခြင်းတို့က အရည်အချင်းပုံစံရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို နှောင့်နှေးစေနိုင်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် သင့်အဖွဲ့အားအတွက် နရောအလုံအလောက်မရှိပါက စာရွက်အပို အသုံးပြုပါ။

လုပ်အားခများ နှင့်/သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင် - လက်ရှိ အိမ်ထောင်စု အကမ်းမြှုပ်လုပ်အားခများ စုစုပေါင်း (အခွန်နှင့် ဖြတ်နုတ်မှုများမတိုင်မီ) သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်များကို ပမာဏ၊ အကဲဖြတ်မှုနှင့် ယင်းကို မည်သူရရှိကြောင်းဖော်ပြ စာရင်းပုံစံပါ။

ကလေးထောက်ပံ့မှု၊ မယားစရိတ် - ပမာဏ၊ အကဲဖြတ်မှုနှင့် မည်သူလက်ခံရရှိကြောင်း စာရင်းပုံစံပါ။

အပိုင်း 6- မသန်မစွမ်းမှုနှင့်ဆက်စပ်သော ကုန်ကျစရိတ်များ - တစ်နှစ်အတွင်း ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအဖွဲ့ဝင်များမှ အိမ်ထောင်စုကိုယ်စား ပေးဆောင်ခဲ့သည့် မသန်မစွမ်းမှုနှင့်ဆက်စပ်သော ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးကို စာရင်းပုံစံပါ။ အာမခံ သို့မဟုတ် အခြားအကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်များမှ ရရှိသည့် ပမာဏများကို ထည့်သွင်းပါ။ အသုံးစရိတ်ကို ဝင်ငွေမှ လျှော့ချရန်မရှိမီ သိရှိရန် ဤနရောတွင် စာရင်းဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားပါမည်။ ယင်းတွင် ဆေးညွှန်းများအတွက် အိတ်စိုက် အသုံးစရိတ်များ၊ အိမ်မွေးမိမိပိုင်ဆိုင်မှုများ၊ အသက် 3 နှစ် အထက်ရှိသူများအတွက် သေးခိုင်ပါများ စသည်တို့ကဲ့သို့သော အရာများ ပါဝင်ပါသည်။

ရွေးချယ်စရာ လူမျိုးနှင့်မျိုးနွယ်စု - သက်ဆိုင်ရာ အမှတ်ခွဲခြားမှုအကွက်အားလုံးကို အမှတ်အသားပေးပါ။

အီးမေးလ် - (အကဲပြုပါသည်)	dhhs.respite@nebraska.gov.	စာတိုက်မှ -	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
ဖက်စ်-	(402) 742-8356		
လူမှုဝန်ဆောင်ရေး လုပ်သား -	(402) 471-9188		
ဒေသနုတရ Respite ညှိနှိုင်း ဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပါ -	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

သက်သာစေရေး (RESPITE) ကို မည်သည့်က ပေးအပ်ပါသလဲ

ပံ့ပိုးပေးသူများကို ရှာဖွေရာတွင် ပြောင်းလွယ်ပင်လွယ်မှုအချို့ ရှိပါသည်။ သင်၏ ဒေသနုတရ Respite ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးက သင့်နယ်မြေတွင်း ပံ့ပိုးမှုပေးသူတစ်ဦး ရှာဖွေရာတွင် သင့်အား ထောက်ပံ့ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်အနုပညာ မိသားစုဝင်များ၊ မိတ်ဆွေ သူငယ်ချင်းများ သို့မဟုတ် အိမ်နီးချင်းများကို ငွေပေးရသည့် ပံ့ပိုးသူများအဖြစ် အသုံးပြုနိုင်စွမ်း ရှိကောင်းရှိနိုင်ပါသည်။ အခြား ဖြစ်နိုင်ခြေများတွင် ပါဝင်သည်မှာ - အဖွဲ့အစည်းများ၊ စခန်းများ၊ ယုံကြည်စိတ်ချရသည့် အကျော်စီ၊ ဒေသတွင်း စတော့ဝန်ထမ်း ဦးဆောင်သည့် အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အုပ်စု၊ စတော့ဝန်ထမ်းဦးဆောင်သည့် ကျောင်းအခြေပြုအစီအစဉ်၊ မင်း (equine) ဖြစ်ကု ထုံး အစီအစဉ်၊ ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု အခြေပြုသို့မဟုတ် အခြား ခွင့်ပြုထားသည့် လုပ်ရှားမှုများ။ သင်ချစ်မိတ်ဆွေရသူတစ်ဦးသည် လုပ်ရှားမှုတစ်ခုကို တက်ရောက်နေစဉ် သင့်အနုပညာ အားလပ်ချိန်ရနေပါပြီဟု ဤသည်က respite အကခြင်းအားလုံးပင်ဖြစ်သည်။

သင့်အနုပညာ ကွန်ရက်မှ စိစစ်ထားသည့် respite ပံ့ပိုးပေးသူများအား respite.ne.gov တွင် ရှာဖွေနိုင်ပါသည်။ သင့်နယ်မြေတွင်း ပံ့ပိုးပေးသူတစ်ဦးကို ရှာဖွေရာတွင် ထောက်ပံ့ပေးရန် Respite ပံ့ပိုးသူ တိုက်ဆိုင်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် NRS Respite ရှာဖွေရေးသို့သွား ရန် "ပို့ဖတ်ပါ" ကို နှိပ်လိုက်ပါ။