

دیارتمنت صحت و خدمات انسانی

درخواست برنامه حمایت مالی استراحت مادام العمر

(به رهنمایی ها مراجعه نماید. اگر برای تکمیل این برنامه به کمک نیاز دارید: برای تماس با هماهنگ کننده شبکه استراحت ناحیه، با شماره 1-866-737-7483 تماس بگیرید. آیا شما به یک مترجم نیاز دارید؟ بلی نه، اگر بلی، شما به کدام زبان صحبت می کنید:

بخش 1: معلومات دریافت کننده مراقبت (شخص با نیازهای خاص که نیاز به مراقبت دوامدار دارد).

اسنادی را برای حمایت از درخواست استراحت ضمیمه کنید (بطور مثال نامه ای از معالج یا ارائه دهنده خدمات صحتی، گزارش های طبی فعلی یا IEP).

نام دریافت کننده مراقبت:	تاریخ تولد:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
ترتیبات زندگی: <input type="checkbox"/> با مراقبت کننده در خانه دریافت کننده مراقبت <input type="checkbox"/> با فامیل یا دوست دیگر <input type="checkbox"/> با مراقبت کننده در خانه دریافت کننده مراقبت <input type="checkbox"/> به تنهایی زندگی می کند	شماره خدمات اجتماعی:	
وضعیت تابعیت دریافت کننده مراقبت: <input type="checkbox"/> یک باشنده ایالت متحده امریکا یا <input type="checkbox"/> من در مطابقت به قانون مهاجرت و ملیت فدرال یک بیگانه واجد شرایط هستم.		
آدرس پستی:		

شهر:	ایالت:	کد پستی:	ولسوالی:
------	--------	----------	----------

آیا گیرنده مراقبت در فعالیت های مراقبت از خود نیاز به کمک دارد؟

حمام کردن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	رفع حاجت کردن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	صفاکاری <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
لباس پوشیدن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	انتقال دادن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	تحرك <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
خوردن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	قدم زدن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	

تمام نیازهایی که توسط دریافت کننده مراقبت تجربه می شود و نیاز به نظارت دارد را علامت گذاری کنید:

<input type="checkbox"/> اختلال ادراکی و شناختی یا زوال عقل	<input type="checkbox"/> محدودیت های عملکردی به دلیل پیری	<input type="checkbox"/> ناتوانی جسمی
<input type="checkbox"/> چالش های رفتاری	<input type="checkbox"/> ناتوانی یادگیری	<input type="checkbox"/> سایر موارد:
<input type="checkbox"/> ناتوانی رشدی و/یا ذهنی	<input type="checkbox"/> مسائل مربوط به سلامت روان	

نیاز های خاص دریافت کننده مراقبت مانند روال های مراقبت روزانه که نیاز به حمایت اضافی دارند را توصیف کنید: (باید پاسخ داده شود)

در معرض خطر بالا در صورت اقامت خارج از خانه / مکان مراقبت (مانند خانه سالمندان، پرورشگاه، انستیتو سلامت روان یا خانه گروهی): بلی خیر

بخش 2: معلومات مراقب کننده اولیه (والدین، همسر، فامیل یا دوست دیگری که مراقبت های مداوم را انجام می دهند).

نام نماینده با صلاحیت: (مراقب اولیه فامیل)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	سن: <input type="checkbox"/> هجده سال و جوانتر <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
--	--	--

مراقب کننده شامل موارد ذیل می باشد:

<input type="checkbox"/> بچه خوانده والدین	<input type="checkbox"/> سرپرست قانونی	<input type="checkbox"/> شریک زندگی
<input type="checkbox"/> والدین رضایی	<input type="checkbox"/> پدر و مادر و	<input type="checkbox"/> وکالت نامه
<input type="checkbox"/> دختر / پسر	<input type="checkbox"/> پدر بزرگ	<input type="checkbox"/> همسر

شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	رضایت به متن: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر استفاده کننده تلفن همراه:
------------------	-------------------	---

رضایت برای تماس از طریق ایمیل: بلی نخیرآیا شما ترجیح می دهید که ارتباط از طریق: ایمیل پیام آدرس پستی آدرس پستی و پیام

زمان صرف شده در هر هفته برای مراقبت: <input type="checkbox"/> 5-10 ساعت <input type="checkbox"/> 11-20 ساعت <input type="checkbox"/> 21-35 ساعت <input type="checkbox"/> تمام وقت 24/7	چقدر به عنوان نتیجه مراقبت از دریافت مراقبت "استرس یا اضطراب" دارید؟ <input type="checkbox"/> اصلاً اضطراب ندارم <input type="checkbox"/> کمی اضطراب دارم <input type="checkbox"/> زیاد اضطراب دارم <input type="checkbox"/> خیلی زیاد اضطراب دارم
صحت مراقبت کننده در زمان درخواست (یک گزینه را انتخاب کنید): <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> مناسب <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> بحرانی	
مراقبت کننده کارمند است: <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> وظیفه ندارد و یا تقاعد شده است	

درخواست برنامه حمایت مالی استراحت مادام العمر

(به رهنمایی ها مراجعه نماید. اگر برای تکمیل این برنامه به کمک نیاز دارید: برای تماس با هماهنگ کننده شبکه استراحت (Respite Network Coordinator) ناحیه، با شماره 1-866-737-7483 تماس بگیرید.

در شش ماه گذشته، یک یا چند مراقبت کنندگان فامیل به دلیل مراقبت های فامیلی بدون معاش نیاز به غیبت از کار داشته اند
مسئولیت ها: بلی نخیر مراقبت کننده اولیه استخدام نشده

اگر بلی، چند روز را از دست دادید:

Lifespan Respite فقط برای افرادی که خدمات استراحتی دریافت نمی کنند یا واجد شرایط برای خدمات استراحتی دیگر از یک برنامه دولتی دیگر هستند، حمایت های استراحتی ارائه می دهد.

آیا دریافت کننده مراقبت در حال حاضر خدمات استراحتی را دریافت می کند یا واجد شرایط برای خدمات استراحتی دیگر از یک برنامه دولتی دیگر است؟
 بلی نخیر

معلومات نظامی:

آیا کسی در فامیل در حال حاضر فعال یا احتیاطی در هر بخش از نیروهای مسلح ایالات متحده است؟ بلی نخیر
آیا شما یا یکی از اعضای فامیل تان در یک بخش نظامی خدمت کرده اید؟ بلی نخیر
اگر جواب بلی است، لطفا معلومات زیر را برای این شخص (ها) ارائه دهد.

نام شخص در نیروی مسلح یا همسر یا فرزند سابقه دار نظامی:	او یک :
<input type="checkbox"/> سابقه دار <input type="checkbox"/> همسر سابقه دار <input type="checkbox"/> طفل سابقه دار (18 ساله یا جوان تر از آن)	<input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/> ریزرف
<input type="checkbox"/> سابقه دار <input type="checkbox"/> همسر سابقه دار <input type="checkbox"/> طفل سابقه دار (18 ساله یا جوان تر از آن)	<input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/> ریزرف
<input type="checkbox"/> سابقه دار <input type="checkbox"/> همسر سابقه دار <input type="checkbox"/> طفل سابقه دار (18 ساله یا جوان تر از آن)	<input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/> ریزرف

بخش 3: ترتیبات زندگی (نامه همگانی که در خانه دریافت کننده مراقبت زندگی می کنند را فهرست کنید):

نام:	تاریخ تولد:	قربانیت با دریافت کننده مراقبت:

(اگر دریافت کننده مراقبت از طریق برنامه های SNAP یا MEDICAID NON-MAGI مزایای دریافت می کند، به بخش 7 بروید)

آیا دریافت کننده مراقبت با سن زیر 18 سال والدین دارد که خارج از خانه زندگی کند: بلی نخیر

بخش 4: منابع / دارایی

آیا شما یا هرکسی در خانه دارای یکی از موارد زیر می باشید: بلی نخیر
اگر جواب بلی است، همه موارد مربوط را انتخاب کنید و منابع/دارایی ها را در جدول زیر فهرست کنید.

<input type="checkbox"/> نقد	<input type="checkbox"/> 401 (ک)	<input type="checkbox"/> حساب های مرتبط با تحصیل
<input type="checkbox"/> حساب جاری یا پس انداز	<input type="checkbox"/> منابع دیگر	<input type="checkbox"/> املاک (زمین، خانه)
<input type="checkbox"/> سند های سپرده ها (سی دی)	<input type="checkbox"/> حساب تقاعدی	<input type="checkbox"/> صندوق های امانی به منظور کفن های دفن
<input type="checkbox"/> سرمایه گذاری مشترک	<input type="checkbox"/> سهام / سهمیه	<input type="checkbox"/> منابع مالی به منظور ترتیبات کفن و دفن
<input type="checkbox"/> ارث	<input type="checkbox"/> سالانه	<input type="checkbox"/> صندوق های امانی

نام (ها) صاحب حساب:	دارایی آنها:	مبلغ در حساب:	نام (ها) صاحب حساب:	دارایی آنها:	مبلغ در حساب:

درخواست برنامه حمایت مالی استراحت مادام العمر

(به رهنمایی ها مراجعه نمایید. اگر برای تکمیل این برنامه به کمک نیاز دارید: برای تماس با هماهنگ کننده شبکه استراحت (Respite Network Coordinator) ناحیه، با شماره 1-866-737-7483 تماس بگیرید.

بخش 5: درآمد (لیست تمام درآمد ناخالص (قبل از کسر تگس). برای افرادی که به سن 19 سالگی رسیده اند، تنها درآمد متقاضی و همسر متقاضی ذکر خواهد شد. برای افراد زیر 19 سال، درآمد متقاضی و درآمد مشمول مالیات والدین (های) حضانت ذکر می شود. (464 NAC 1.011.02(A))

نوع درآمد:	مقدار:	هر چند وقت دریافت میگردد:	چه کسی آن را دریافت می کند:
<input type="checkbox"/> معاش ها: <input type="checkbox"/> کار آزاد: (بارنگان شغل آزاد باید تاییدیه در آمد IRS ضمیمه کند)			
<input type="checkbox"/> بیمه معلولیت حفاظت اجتماعی (SSDI)			
<input type="checkbox"/> بازنشستگی حفاظت اجتماعی			
نوع درآمد:	مقدار:	هر چند وقت دریافت میگردد:	چه کسی آن را دریافت می کند:
<input type="checkbox"/> تفاوت تحت بازنشستگی اس اس: <input type="checkbox"/> حمایت از اطفال: <input type="checkbox"/> نفقه			
سایر موارد:			

بخش 6: مصارف مرتبط با معلولیت (مصارف از جیب که بازپرداخت نشده است)

لیست از مصارف مرتبط با معلولیت که توسط هیچ منبع دیگری تحت پوشش نمی باشد و دریافت کننده مراقبت مجبور به پرداخت آن در یک سال است. نمونه هایی از مصارف: ملاقات های داکتر، نسخه ها، محصولات بزرگسالان مبتلا به ناتوانی مجرای ادرار، حمل و نقل مرتبط باصحت، چوکی چرخدارها، لیفت، وام ها برای تغییرات در ساختمان خانه. مصارف سایر اعضای فامیل را شامل نمی شود:

مصرف:	قیمت:	هر چند بار:

بخش 7: جمعیت شناسی اختیاری

قومیت:	نژاد:
<input type="checkbox"/> نژاد غیر هیسپانیولی، لاتینی یا اسپانیایی	<input type="checkbox"/> سیاه / آمریکایی افریقایی تبار
<input type="checkbox"/> مکزیکی	<input type="checkbox"/> سفید / قفقازی
<input type="checkbox"/> پورتوریکو	<input type="checkbox"/> آسیایی
<input type="checkbox"/> آمریکای مرکزی	<input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی
<input type="checkbox"/> کوبایی	<input type="checkbox"/> بومی آلاسکا
<input type="checkbox"/> آمریکای جنوبی	<input type="checkbox"/> بومی هاوایی
<input type="checkbox"/> سایر هیسپانیولی تبار، لاتینی یا اسپانیایی تبار	<input type="checkbox"/> دیگر جزیره نشین اقیانوس آرام
<input type="checkbox"/> دیگر / ناشناخته	<input type="checkbox"/> دیگر / ناشناخته

بخش 8: توافقی نامه و امضاء

من می دانم که اظهارات من ممکن است بررسی شود، و اگر اظهارات یا معلومات نادرستی داده باشم، ممکن است به تقلب محکوم شوم.

من درک می کنم که هر زمان که تغییراتی در اطلاعاتی که داده ام وجود داشته باشد، باید فوراً آنها را به وزارت صحت و خدمات انسانی نبراسکا، هماهنگ کننده برنامه حمایتی، گزارش بدهم.

من درک می کنم که اگر متعقد باشم که به درخواست من به درستی رسیدگی نشده است، من حق دارم درخواست تجدید نظر نمایم.

من درک می کنم که وزارت صحت و خدمات انسانی نبراسکا ممکن نیاز به تماس با سازمان های دیگر و افراد برای تعیین واجد شرایط بودن مالی من و به تایید نمودن نیازهای من بخاطر حمایت من که برای آن درخواست نموده ام، و یا ارجاع دادن به بخاطر کمک منظور به دست آوردن خدمات، داشته باشد. من اجازه انتشار این اطلاعات محرمانه را میدهم.

من درک می کنم پرداخت برای مزایای ممکن به تأخیر بیفتد اگر من شماره تأمین اجتماعی برای گیرنده مراقبت را فراهم نمی کنم.

من درک می کنم که پاسخ من و معلومات ارائه شده در این فرم و هر گونه برنامه مربوط به منافع عمومی صحیح، کامل و دقیق هستند و من درک می کنم که این معلومات ممکن مورد استفاده قرار گیرد به منظور بررسی حضور قانونی من در ایالات متحده.

امضای گیرنده مراقبت بزرگسالان یا نماینده مجاز:	تاریخ:
--	--------

درخواست برنامه حمایت مالی استراحت مادام العمر

(به رهنمایی ها مراجعه نماید. اگر برای تکمیل این برنامه به کمک نیاز دارید: برای تماس با هماهنگ کننده شبکه استراحت (Respite Network Coordinator) ناحیه، با شماره 1-866-737-7483 تماس بگیرید.

امضای شخص کمک به تکمیل این برنامه، در صورتیکه شامل شود:

قرابت با دریافت کننده مراقبت:	تلفون کمک کننده:	ایمیل کمک کننده:
بخش 9: منبع ارجاع (چه کسی به شما در مورد برنامه گفت)		
نام/عنوان:	سازمان/ اداره یا ارتباط با گیرنده مراقبت:	
آدرس:	شهر:	ایالت:
تلفون:	ایمیل:	

درخواست تکمیل شده و اسناد حمایتی را ارسال نمایید به:

ایمیل: (توصیه شده)	dhhs.respite@nebraska.gov	پست:	DHHS
فکس:	742-8356 (402)	Lifespan Respite Subsidy Program	
کارمند خدمات اجتماعی:	471-9188 (402)	P.O. Box 98933	
با هماهنگ کننده استراحت محل خود تماس بگیرید:	1-866-737-7483 (1-866-737-7483) استراحت	Lincoln, NE 68509-8933	

دستورالعمل ها:

دستورالعمل تکمیل فرم CFS-1400، "درخواست برنامه حمایت مالی استراحت مادام العمر"

استفاده نمایید: فرم CFS-1400 به عنوان یک برنامه کاربردی برای تعیین واجد شرایط بودن برای مزایای برنامه درخواست حمایت مالی استراحت در طول عمر استفاده می شود. کارکنان برنامه از فورمه برای جمع آوری معلومات مورد نیاز برای تعیین واجد شرایط بودن برای خدمات با مسئولیت استفاده خواهند کرد. همچنین به عنوان انتشار اطلاعات زمانی که اطلاعات اضافی مورد نیاز برای تعیین واجد شرایط بودن استفاده می شود. این برنامه برای خدمات استراحت وجهی پرداخت مینماید، تا مراقب اولیه از مسئولیت هایشان وقفه موقتی داشته باشد. **وقفه به مدت کوتاهی برای مراقبان اولیه از مسئولیت مداوم مراقبت از یک فرد با نیازهای خاص می باشد.** مراقبت مداوم به معنای نظارت و مراقبت مداوم و تمام وقت برای فردی با نیازهای ویژه است. جزوه مرجع DHHS 464 NAC 1.001.01، 464 NAC 1.009، و 1.010.464 این برای افرادی که در حال دریافت خدمات استراحت از یک برنامه دولتی دیگر باشد نیست.

تکمیل: کارکنان برنامه معلومات را برای تعیین واجد شرایط بودن استفاده می کند. اطلاعات ناقص ممکن است تعیین واجد شرایط بودن را به تاخیر اندازد. درخواست باید توسط گیرنده مراقبت بزرگسالان یا نماینده مجاز او امضا و تاریخ آن ذکر شود.

بخش 1: اطلاعات دریافت کننده مراقبت (فرد با نیازهای خاص نیازمند مراقبت دوامدار):

نام، تاریخ تولد، جنسیت، ترتیبات زندگی، شماره تامین اجتماعی، وضعیت شهروندی، آدرس، شهر، ایالت، کد پستی و ولایت گیرنده مراقبت را وارد کنید. تمام گزینه های را که شامل حال می شوند را علامت گذاری نمایید.

اسنادی را برای حمایت از درخواست استراحت ضمیمه کنید (بطور مثال نامه ای از معالج یا ارائه دهنده خدمات صحتی، گزارش های طبی فعلی یا IEP).

در معرض خطر بالا قرار گرفتن در خارج از اقامتگاه مراقبت: تمام گزینه های را که شامل حال می شوند را علامت گذاری نمایید.

بخش 2: اطلاعات مراقبت کننده اولیه

(پدر و مادر، همسر، یا اعضای دیگر فامیل یا دوست مراقبت های مداوم ارایه میکنند): نام مراقب کننده را وارد کنید. تمام گزینه/باکس های را که شامل جنسیت می شوند را علامت گذاری نمایید. شماره تیلوفن (ها) خانه، تیلوفن همرا و محل کار را وارد کنید.

رضایت به دریافت پیام: تمام گزینه های را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید اگر بلی، نام شرکت تیلوفن همراه خود را در ذیل درج کنید.

تماس با ایمیل: اگر به کارمندان برنامه امکان می دهید که از طریق ایمیل با شما تماس بگیرند، گزینه را علامت گذاری کنید. ایمیل آدرس را وارد کنید.

زمان صرف شده مراقبت در هر هفته: گزینه/باکسی را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید.

سطح استرس: گزینه/باکسی را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید.

ترجیح ارتباطات: گزینه/باکسی را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید.

صحت مراقب کننده: علامت/گزینه/باکسی را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید.

وضعیت کاری: گزینه/باکسی را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید.

کار از دست رفته رفته: گزینه/باکسی را که شامل می شوند را علامت گذاری نمایید. فهرست تعداد روزهای از دست رفته.

درخواست برنامه حمایت مالی استراحت مادام العمر

(به راهنمایی‌ها مراجعه نمایید. اگر برای تکمیل این برنامه به کمک نیاز دارید: برای تماس با هماهنگ کننده شبکه استراحت (Respite Network Coordinator) ناحیه، با شماره 1-866-737-7483 تماس بگیرید.

بخش 3: ترتیبات زنده گی: همه کسانی که در خانواده زندگی می کنند را فهرست نمایید. متوجه باشید که تاریخ تولد و رابطه هر کس را به درافت مراقبت شامل نمایید.

اگر دریافت کننده مراقبت دریافت مدیکید (**SNAP, ADC, Medicaid**)، معلولیت دولتی، یا **AABD** به بخش **7** (جمعیت شناسی اختیاری) مراجعه کنید.

بخش چهارم: منابع/ دارایی ها: * کارکنان برنامه ممکن از شما بخواهند که منابع/دارایی ها خود را به منظور مطابقت با قوانین ایالتی، الزامات اداری و حسابرسی تعریف شده جهت تعیین واجد شرایط بودن نیاز مالی مرجعین برای استفاده از بودیجه برنامه، تأیید کنید. عدم پاسخگویی یا ارائه معلومات ناقص ممکن باعث تاخیر در تعیین واجد شرایط بودن شود.

تمام گزینه های را که شامل حال می شوند را علامت گذاری نمایید. لیست اشخاصی که که دارایی آنان بررسی شده و مقدار هر یک. فهرست هر گونه منابع نقد از جمله پول نقد در دست، حساب های بانکی جاری و پس انداز، گواهی سپرده، سهام، اوراق قرضه، ارزش های نقدی بیمه عمر، IRA و صندوق های Keogh، و غیره. از این معلومات به عنوان یکی دیگر از عوامل واجد شرایط بودن استفاده می شود.

بخش 5: درآمد: * کارکنان برنامه ممکن از شما بخواهند که منابع/دارایی ها خود را به منظور مطابقت با قوانین ایالتی، الزامات اداری و حسابرسی تعریف شده جهت تعیین واجد شرایط بودن نیاز مالی مرجعین برای استفاده از بودیجه برنامه، تأیید کنید. عدم پاسخگویی یا ارائه معلومات ناقص ممکن باعث تاخیر در تعیین واجد شرایط بودن شود.

اگر فضای کافی برای پاسخ های شما در این درخواست وجود ندارد، از ورق اضافی استفاده نمایید.

دستمزد و / یا شغل آزاد: فهرست دستمزد ناخالص خانوار فعلی (قبل از مالیات و کسر) و یا شغل آزاد بر اساس مقدار، هر چند وقت و چه کسی آن را دریافت می کند.

حمایت از کودکان، نفقه: مقدار، هر چند وقت و چه کسی آن را دریافت می کند را فهرست نمایید.

بخش 6: مصارف مربوط به معلولیت: تمام مصارف مربوط به معلولیت پرداخت شده از طرف گیرنده مراقبت را در مدت یک سال را فهرست نمایید. مبالغ تحت پوشش بیمه و یا برنامه سود دیگر (ها) را شامل نمی شود. اطلاعات ذکر شده در اینجا در نظر گرفته خواهد شد تا دیده شود که آیا مصارف ممکن از درآمد نادیده گرفته شود. این باید شامل چیزهایی باشد مانند هزینه های که از جیب خود برای نسخه، تغییرات در خانه، پوشش برای افراد بالای سن 3، و غیره پرداخت نموده اید.

نژاد و قومیت اختیاری: تمام گزینه های را که شامل حال می شوند را علامت گذاری نمایید.

بخش 7: جمعیت شناسی اختیاری: نژاد و قومیت دریافت کننده مراقبت را مشخص کنید. عنوان هشتم قانون حقوق مدنی سال 1964 به دبیرتمنت اجازه می دهد تا این اطلاعات را درخواست کند. این اطلاعات در تعیین واجد شرایط بودن برای بودیجه برنامه استفاده نمی شود. اگر شما این اطلاعات را فراهم نمایید، درخواست شما را تحت تاثیر قرار نمی دهد. دبیرتمنت خواستار معلوماتی می باشد تا اطمینان حاصل نماید که مزایا بدون در نظر گرفتن به نژاد، رنگ، قومیت و یا منشأ ملی توزیع شده است.

بخش 8: توافق نامه و امضا: دریافت کننده مراقبت از بزرگسالان و یا نماینده مجاز باید برنامه قبل از کارکنان برنامه می تواند مزایای مجاز را امضا کنید. شخص کمک کننده با تکمیل برنامه باید امضا و رابطه، تاریخ، تلفون و ایمیل را فهرست نماید.

بخش 9: منبع ارجاع (چه کسی به شما در مورد این برنامه گفت): نام، سازمان / اداره / یا رابطه با گیرنده مراقبت و اطلاعات تماس از چگونگی یادگیری در مورد درخواست برنامه حمایت مالی استراحت در طول عمر.

درخواست تکمیل شده و اسناد حمایتی را ارسال نمایید به:

DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933	پست:	dhhs.respite@nebraska.gov	ایمیل: (توصیه شده)
		(402) 742-8356	فکس:
		(402) 471-9188	کارمند خدمات اجتماعی:
		(1-866-737-7483) -1-866-1 استراحت	با هماهنگ کننده استراحت محل خود تماس بگیرید:

چه کسی برنامه استراحت را فراهم میکند؟

در یافتن فراهم کننده گان انعطاف پذیری وجود دارد. هماهنگ کننده برنامه استراحت محلی شما می تواند به شما در یافتن یک ارایه کننده در منطقه شما کمک کند. ممکن شما بتوانید از اعضای خانواده، دوستان و یا همسایگان به عنوان فراهم کننده گان پولی استفاده کنید. سایر احتمالات عبارتند از: سازمان ها، کمپ، یک سازمان مورد اعتماد، یک سازمان یا گروه محلی به رهبری داوطلب، برنامه مبتنی بر مکتب ها به رهبری داوطلب، برنامه مساوی، مبتنی بر ایمان یا دیگر فعالیت های تأیید شده. در حالی که یکی از عزیزان شما در یک فعالیت اشتراک می کند، شما یک وقفه می گیرید - و منظور از برنامه استراحت همین است!

شما می توانید فراهم کننده گان تحت شبکه را در اینجا پیدا کنید respite.ne.gov کلیک کنید: برای جستجو ارائه دهنده و یا جستجوی مجدد NRRS برای کمک به مکان یابی یک ارائه دهنده در منطقه شما، روی "Read more" کلیک کنید.