

खण्ड 1: स्याहार प्राप्तकर्ताको जानकारी (स्याहार जारी रहेको विशेष आवश्यकताहरू भएका व्यक्तिलाई)



राहतका लागि गरिएको अनुरोध समर्थन गर्ने कागजातहरू संलग्न गर्नुहोस् (उदाहरणका लागि, थेरापिस्ट वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले दिएको पत्र, हालका मेडिकल रिपोर्टहरू वा IEP)।

स्याहार प्राप्तकर्ताको नाम:	जन्म मिति:	लिंगः <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
-----------------------------	------------	--

जीवनयापन व्यवस्थाहरू: <input type="checkbox"/> स्याहार प्राप्तकर्ताको घरमा स्याहारकर्तासँग बस्नुहुन्छ <input type="checkbox"/> स्याहारकर्ताकै घरमा बस्नुहुन्छ <input type="checkbox"/> अन्य परिवार वा साथीभाइसँग बस्नुहुन्छ <input type="checkbox"/> एकलै बस्नुहुन्छ	सामाजिक सुरक्षा नम्बर:
--	------------------------

स्याहार प्राप्तकर्ताको नागरिकताको स्थिति:
 संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक हो वा म संघीय आप्रवासन तथा राष्ट्रियता ऐनअन्तर्गत योग्य विदेशी नागरिक हो।

पत्राचार ठेगाना:

सहर:	राज्य:	जपि कोड:	काउन्टी:
------	--------	----------	----------

स्याहार प्राप्तकर्तालाई आफ्नो ख्याल राख्ने नमिनमध्ये कुनै पनि काम गर्न मद्दत चाहिन्छ:

नुहाउन <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन	शौचालय जान <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन	श्रीङ्गारपटार गर्न <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन
कपडा फेर्न <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन	यताउता सर्न <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन	यताउता हँडिडुल गर्न <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन
खाना खान <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन	हँडिन <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिँन	

स्याहार प्राप्तकर्ताले अनुभव गरेको र नगिरानी गर्नु पर्ने सबै आवश्यकतामा ठीक चहिन लगाउनुहोस्:

<input type="checkbox"/> संज्ञानात्मक दुरबलता वा डमिन्सयिा	<input type="checkbox"/> वृद्धावस्थाका कारण कार्यात्मक सीमाहरू	<input type="checkbox"/> शारीरिक असक्षमता
<input type="checkbox"/> व्यवहारात्मक चुनौतीहरू	<input type="checkbox"/> अध्ययन असक्षमता	<input type="checkbox"/> अन्य:
<input type="checkbox"/> विकासात्मक वा बौद्धिक असक्षमता	<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरू	

स्याहार प्राप्तकर्तालाई चाहिने विशेष आवश्यकताहरू जस्तै दैनिकी गर्नु पर्ने स्याहारको तालिका र थप सहायताबारे व्याख्या गर्नुहोस्: (जवाफ दनुहोस्)

घरबाट टाढा/स्याहार सुविधास्थलमा राख्नु पर्ने उच्च जोखिमि (जस्तै नर्सिङ होम, फोस्टर केयर, मानसिक स्वास्थ्य संस्थान, सामूहिक घर: छ छैन

खण्ड 2: प्राथमिक स्याहारकर्ताको जानकारी (स्याहार गरिरहेका अभिभावक, जीवनसाथी, अन्य परिवार वा साथीभाइ)।

अधिकृत प्रतिनिधिको नाम: (प्राथमिक पारिवारिक स्याहारकर्ता)	लिंगः <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	उमेर: <input type="checkbox"/> 18 वर्ष र सोभन्दा कम <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76 वर्षभन्दा बढी
---	--	---

स्याहारकर्ता नमिनमध्ये एक हो:

<input type="checkbox"/> दत्तक अभिभावक	<input type="checkbox"/> साथी	<input type="checkbox"/> कानुनी अभिभावक	<input type="checkbox"/> साझेदार
<input type="checkbox"/> साख्खै अभिभावक	<input type="checkbox"/> फोस्टर अभिभावक	<input type="checkbox"/> सहोदर	<input type="checkbox"/> अख्तियारनामा
<input type="checkbox"/> छोरी/छोरा	<input type="checkbox"/> हजुरबुवा/हजुरआमा	<input type="checkbox"/> पति/पत्नी	

ल्यान्डलाइन फोन नम्बर:	मोबाइल फोन नम्बर:	टेक्स्ट गर्नका लागि सहमति: <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन सेल वाहक:
------------------------	-------------------	---

इमेलमार्फत सम्पर्क गर्ने सहमति: <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	स्याहारकर्ताको इमेल:
---	----------------------

तपाईं कुन माध्यमबाट सञ्चार गर्न चाहनुहुन्छ: इमेल इमेल र टेक्स्ट मेल मेल र टेक्स्ट

हरेक हप्ता स्याहार गरेको समय: <input type="checkbox"/> 5-10 घण्टा <input type="checkbox"/> 11-20 घण्टा <input type="checkbox"/> 21-35 घण्टा <input type="checkbox"/> पूरणकालि 24/7	तपाईं स्याहार प्राप्तकर्ताको स्याहार गर्दा कततिको "तनावग्रस्त" हुनुहुन्थ्यो:
---	--

अनुरोध गर्दा स्याहारकर्ताको स्वास्थ्य अवस्था (एउटामा ठीक चहिन लगाउनुहोस्): <input type="checkbox"/> राम्रो थियो <input type="checkbox"/> ठीकै थियो <input type="checkbox"/> असक्षम हुनुहुन्थ्यो <input type="checkbox"/> नाजुक थियो	<input type="checkbox"/> कुनै तनाव थिएन <input type="checkbox"/> थोरै तनावग्रस्त थियो <input type="checkbox"/> हल्का तनावग्रस्त थियो <input type="checkbox"/> एकदमै तनावग्रस्त थियो
--	--

स्याहारकर्ताको रोजगार अवस्था: <input type="checkbox"/> पूरणकालि <input type="checkbox"/> आंशिक समय <input type="checkbox"/> रोजगार नभएको वा अवकाश प्राप्त	<input type="checkbox"/> अत्यन्तै तनावग्रस्त थियो
--	---

पछिल्लो छ महिनामा, एक वा सोभन्दा बढी पारिवारिक स्याहारकर्ताले पारिवारिक स्याहार गर्दा तलब नपाएकाले काम छोड्नुपरेको थियो:

थियो थिएन प्राथमिक स्याहारकर्ता नयुक्त गरिएको थिएन

यदि थियो भने, कतिदिने छोड्नुभयो:

लाइफस्पान रेस्पाइटले राहत सेवाहरू नपाएका वा अर्को सरकारी कार्यक्रमका अन्य राहत सेवाहरूका लागि योग्य भएका मानसिहरूलाई मात्र राहत सहायता प्रदान गर्ने छ।

के स्याहार प्राप्तकर्ताले अहिले राहत सेवाहरू पाइरहनुभएको छ वा अर्को सरकारी कार्यक्रमका अन्य राहत सेवाहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ? छ छैन

सैन्य जानकारी:

के तपाईंको परिवारको कुनै पति/सदस्य हाल संयुक्त राज्य अमेरिकाको कुनै पति/सैन्य शाखामा सक्रिय वा रजिर्भ हुनुहुन्छ? छ छैन

के तपाईं वा परिवारका कुनै पति/सदस्यले कुनै पति/सैन्य शाखामा सेवा प्रदान गर्नुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने, कृपया तल सो व्यक्तिको जानकारी प्रदान गर्नुहोस्।

सो सैनिकको नाम वा सेवानिवृत्त सैनिकको जीवनसाथी वा बच्चा:	उहाँ नमिनमध्ये एक हो:
	<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिक <input type="checkbox"/> सक्रिय सैनिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकको जीवनसाथी <input type="checkbox"/> रजिर्भ सैनिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकको बच्चा (18 वा सोभन्दा कम उमेरको)
	<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिक <input type="checkbox"/> सक्रिय सैनिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकको जीवनसाथी <input type="checkbox"/> रजिर्भ सैनिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकको बच्चा (18 वा सोभन्दा कम उमेरको)
	<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिक <input type="checkbox"/> सक्रिय सैनिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकको जीवनसाथी <input type="checkbox"/> रजिर्भ सैनिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकको बच्चा (18 वा सोभन्दा कम उमेरको)

खण्ड 3: जीवनयापन व्यवस्थाहरू (स्याहार प्राप्तकर्ताको घरमा बस्ने सबैको नाम सूचीमा लेख्नुहोस्):

नाम:	जन्म मिति:	स्याहार प्राप्तकर्तासँगको नाता:

(स्याहार प्राप्तकर्ताले SNAP वा MEDICAID NON-MAGI प्रोग्रामहरूबाट लाभ पाउनुहुन्छ भने खण्ड 7 मा जानुहोस्)

के 18 र सोभन्दा कम उमेरका स्याहार प्राप्तकर्ताको अभिभावक घर बाहिर अरू ठाउँमा बस्नुहुन्छ? छ छैन

खण्ड 4: स्रोत/सम्पत्तिहरू

तपाईं वा तपाईंको घरमा बस्ने अन्य मानसिसँग नमिनमध्ये कुनै कुरा छ: छ छैन

यदि छ भने, लागू हुने सबैमा ठीक चिह्न लगाउनुहोस् र तल दिएको टेबलमा स्रोत/सम्पत्तिहरूको सूची बनाउनुहोस्।

<input type="checkbox"/> नगद	<input type="checkbox"/> 401(K)	<input type="checkbox"/> शैक्षिक खाताहरू
<input type="checkbox"/> चेक र बचत खाताहरू	<input type="checkbox"/> अन्य स्रोतहरू	<input type="checkbox"/> सम्पत्ति (जग्गा/जमिनी, घरहरू)
<input type="checkbox"/> डिपोजिटिका प्रमाणपत्रहरू (CD)	<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त खाताहरू	<input type="checkbox"/> अन्त्येष्ट ट्रस्टहरू
<input type="checkbox"/> मुद्दती खाताहरू	<input type="checkbox"/> स्टक/बोन्डहरू	<input type="checkbox"/> अन्त्येष्ट व्यवस्थाहरू
<input type="checkbox"/> वरिसत	<input type="checkbox"/> वार्षिकीहरू	<input type="checkbox"/> ट्रस्टहरू

खाताको नाम:	उहाँसँग के छ:	खातामा भएको रकम:	खाताको नाम:	उहाँसँग के छ:	खातामा भएको रकम:

खण्ड 5: आमदानी (सबै ग्रस आमदानी (कटौतीहरू अघिको) सूचीबद्ध गर्नुहोस्)। 19 वर्ष पुगेका व्यक्तहरूका लागि, आवेदक र आवेदकको जीवनसाथीको आमदानी सूचीबद्ध गरिने छ। 19 वर्ष मुनिका व्यक्तहरूका लागि, आवेदकको आमदानी र कस्टोडियल अभिभावक(हरू)को करयोग्य आमदानी सूचीबद्ध गरिने छ। 464 NAC 1.011.02(A)

आमदानीको प्रकार:	रकम:	सो आमदानी कततिको प्राप्त गरिन्छ:	कसले प्राप्त गर्छ:
<input type="checkbox"/> ज्याला: <input type="checkbox"/> स्वयं-रोजगार: (स्वयं-रोजगार भएमा IRS आमदानी प्रमाणीकरण संलग्न गर्नुपर्छ)			
<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा असक्षमता बीमा (SSDI)			
<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा सेवानिवृत्ति			
आमदानीको प्रकार:	रकम:	सो आमदानी कततिको प्राप्त गरिन्छ:	कसले प्राप्त गर्छ:
<input type="checkbox"/> SS सेवानिवृत्तिअन्तर्गतको पेन्सन: <input type="checkbox"/> बाल सहायता: <input type="checkbox"/> संभरण रकम:			
अन्य:			

खण्ड 6: असक्षमतासम्बन्धी खर्चहरू (प्रतपूरतगिरन नमलिने व्यक्तगत खर्चहरू मात्र)

अन्य कुनै पना स्रोतले नसमेटने र स्याहार प्राप्तकर्ताले वर्ष-वर्षमा तरिनु पर्ने असक्षमतासम्बन्धी खर्चहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्। खर्चका उदाहरणहरू: चकित्सकसँगको भेट, नरिदेशति औषधि, वयस्क असंयम उत्पादनहरू, चकित्सा यातायात, ह्वलिचेयर, लफिट, वास्तु परिमार्जनका लागि लडिएको ऋणहरू। अन्य परिवार सदस्यहरूको खर्च समावेश नगर्नुहोस्।

खर्च:	लागत:	कततिको:

खण्ड 7: वैकल्पिक जनसांख्यिकीय

जातीयता:	जाति:
<input type="checkbox"/> हसिपेनिकि, ल्याटिनो वा स्पेनी मूलको होइन <input type="checkbox"/> मेक्सिकन <input type="checkbox"/> प्युरटो रकिन <input type="checkbox"/> मध्य अमेरिकी <input type="checkbox"/> क्युबान <input type="checkbox"/> दक्षिण अमेरिकी <input type="checkbox"/> अन्य हसिपेनिकि, ल्याटिनो वा स्पेनी मूल <input type="checkbox"/> अन्य/अज्ञात	<input type="checkbox"/> काला/अफ्रिकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> व्हाइट/काउकासियन <input type="checkbox"/> एसियाली <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारती <input type="checkbox"/> अलास्का मूल नवासी <input type="checkbox"/> हवाई नवासी <input type="checkbox"/> अन्य प्रशान्त द्वीपवासी <input type="checkbox"/> अन्य/अज्ञात

खण्ड 8: सम्झौता र हस्ताक्षर

म बुझ्दछु कि मेरो बयान जाँच हुन सक्छ र मैले झुटो बयान वा जानकारी दिएमा, म छल गरेको भनेर दोषी ठहर हुन सक्छु।

म बुझ्दछु कि मैले दिएको जानकारीमा कुनै पना परिवर्तन गर्दा, मैले तुरुन्तै नेब्रास्का स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागको रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्रामको संयोजकलाई बताउनुपर्छ।

म बुझ्दछु कि मलाई मेरो अनुरोध राम्रोसँग समहालएको छैन जस्तो लाग्छ भने, मसँग अपील दायर गर्ने अधिकार छ।

म बुझ्दछु कि नेब्रास्का स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागले मेरो आर्थिक योग्यता नरिधारण गर्न र मैले जुन सहायताका लागि आवेदन दौंछु त्यसको आवश्यकता प्रमाणित गर्न वा मलाई सेवाहरू प्राप्त गर्न रफिर गरेर सहायता गर्न अन्य एजेन्सी र व्यक्तहरूलाई सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन सक्छ। म यो गोप्य जानकारी खुलासा गर्न अधिकार दनिन्छु।

म बुझ्दछु कि मैले स्याहार प्राप्तकर्ताको सामाजिक सुरक्षा नम्बर नदिएमा लाभहरूको भुक्तानी गर्न ढलिा हुन सक्छ।

म बुझ्दछु कि मेरो जवाफ र यस फाराममा दिएको जानकारी र सार्वजनिक लाभहरूको कुनै पना सम्बन्धित आवेदन पूरा र सही छन् र म बुझ्दछु कि यो जानकारी म संयुक्त राज्य अमेरिकामा कानुनी रूपमा छु भनेर प्रमाणित गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ।

वयस्क स्याहार प्राप्तकर्ता वा अधिकृत प्रतनिधिको हस्ताक्षर:	मति:
--	------

यो आवेदन भर्न मद्दत गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर, लागूयोग्य भएमा:

स्याहार प्राप्तकर्तासँगको नाता:

सहयोगीको टेलिफोन नम्बर:

सहयोगीको इमेल:

खण्ड 9: सन्दर्भ स्रोत (तपाईंलाई यस प्रोग्रामबारे कसले भनेको हो)

नाम/पद:

संस्था/एजेन्सी वा स्याहार प्राप्तकर्तासँगको नाता:

ठेगाना:

सहर:

राज्य:

टेलिफोन नम्बर:

इमेल:



भरेको आवेदन र समर्थक कागजातहरू नमिनमा पठाउनुहोस्:

इमेल: (सुझाव गरिएको)	dhhs.respite@nebraska.gov	मेल:	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
फ्याक्स:	(402) 742-8356		
सामाजिक सेवा कार्यकर्ता:	(402) 471-9188		
स्थानीय रेस्पाइट संयोजक:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

नरिदेशन:

फाराम CFS-1400, "लाइफस्पान रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्रामको आवेदन" भर्न चाहिने नरिदेशनहरू

प्रयोग: लाइफस्पान रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्रामका लाभहरूका लागि योग्यता नरिधारण गर्ने आवेदनका रूपमा फाराम CFS-1400 प्रयोग गरिन्छ। प्रोग्रामका कर्मचारीले राहत सेवाहरूका लागि योग्यता नरिधारण गर्न आवश्यक डाटा सङ्कलन गर्न यो फाराम प्रयोग गर्ने छन्। यसले योग्यता नरिधारण गर्न थप जानकारी आवश्यक हुँदा जानकारी खुलासा गर्ने रूपमा पनि सेवा प्रदान गर्छ। यो प्रोग्रामले प्राथमिक स्याहारकर्तालाई अस्थायी विश्राम दिने राहत सेवाहरू प्रदान गर्छ। **रेस्पाइट भनेको विशेष आवश्यकता भएका व्यक्तिको स्याहार गर्दा गरिने मागअनुसार प्राथमिक स्याहारकर्ताहरूलाई छोटो अवधिका लागि दिइने राहत प्रावधान हो।** चालू स्याहार भनेको विशेष आवश्यकता भएका व्यक्तिलाई नरिन्तर, पूर्णकालिन नगिरानी/स्याहार गर्नु हो। DHHS म्यानुअल सन्दर्भ 464 NAC 1.001.01, 464 NAC 1.009 र 464 NAC 1.010। यो अर्को सरकारी कार्यक्रमबाट राहत सेवाहरू पाइरहेका मानसिहरूका लागि होइन।

समापन: प्रोग्रामका कर्मचारीले योग्यता नरिधारण गर्न डाटा प्रयोग गर्ने छन्। जानकारी अपूर्ण भयो भने योग्यता नरिधारण गर्न ढल्ला हुन सक्छ। उक्त आवेदनमा वयस्क स्याहार प्राप्तकर्ता वा उहाँको अधिकृत प्रतिनिधिले मति लेखेर हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। **खण्ड 1: स्याहार प्राप्तकर्ताको जानकारी** (पूर्णकालिन स्याहार चाहिने विशेष आवश्यकता भएका व्यक्तिको):

स्याहार प्राप्तकर्ताको नाम, जन्म मति, लडिग, जीवनयापन व्यवस्थाहरू, सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता स्थिति, ठेगाना, सहर, राज्य, जपि कोड र काउन्टी लेखनुहोस्। लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्।

राहतका लागि गरिएको अनुरोध समर्थन गर्ने कागजातहरू संलग्न गर्नुहोस् (उदाहरणका लागि, थेरापिस्ट वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले दिएको पत्र, हालका मेडिकल रिपोर्टहरू वा IEP)।

घरबाट टाढा/स्याहार सुविधास्थलमा राख्नु पर्ने उच्च जोखिम: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्।

खण्ड 2: प्राथमिक स्याहारकर्ताको जानकारी (स्याहार गरिहेका अभिभावक, जीवनसाथी, अन्य परिवार वा साथीभाइ): स्याहारकर्ताको नाम लेखनुहोस्। आफ्नो लडिग, उमेर र भूमिका(हरू) अनुसार सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्। घर, मोबाइल र काममा प्रयोग हुने टेलिफोन नम्बर लेखनुहोस्।

टेक्सट गर्न सहमति: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्। यदि छ भने, आफ्नो सेल फोन वाहकको नाम सूचीमा लेखनुहोस्। **इमेल:** प्रोग्रामका कर्मचारीले तपाईंलाई इमेलमार्फत सम्पर्क गर्न सम्भव भएमा बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्। इमेल ठेगाना लेखनुहोस्।

हरेक हप्ता स्याहार गर्न बतिएको समय: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्। **तनाव स्तर:** लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्।

सञ्चार प्राथमिकता: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्।

स्याहारकर्ताको स्वास्थ्य अवस्था: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्।

रोजगार स्थिति: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्।

काममा नगएको: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चहिन लगाउनुहोस्। काममा कतदिन नगएको सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

खण्ड 3: जीवनयापन व्यवस्थाहरू घरमा बस्ने सबै व्यक्तिको नामको सूची बनाउनुहोस्। सबैजनाको जन्म मतिरि स्याहार प्राप्तकर्तासँगको नाता समावेश गर्न नबर्सिनुहोस्।

यदि स्याहार प्राप्तकर्ताले Medicaid, SNAP, ADC, राज्यको असक्षमता सुविधा वा AABD प्राप्त गर्नुहुन्छ भने खण्ड 7 मा जानुहोस् (वैकल्पिक जनसांख्यिकीय)।

खण्ड 4: स्रोत/सम्पत्तहरू: *तपाईंलाई प्रोग्राममा कर्मचारीले प्रोग्राममा कोषहरू प्रयोग गर्नका लागि ग्राहकको आर्थिक आवश्यकता योग्यता निर्धारण गर्न राज्यको विधान, परिभाषित प्रशासनिक र लेखापरीक्षण आवश्यकताहरूसँग अनुपालन गर्नका लागि स्रोत/सम्पत्तहरू प्रमाणित गर्न अनुरोध गर्न सक्छन्। जवाफ नदिएमा वा अपूर्ण जानकारी प्रदान गरेमा योग्यता निर्धारण गर्न ढिला हुन सक्छ।

लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चिह्न लगाउनुहोस्। कोषहरू जाँच गरेका व्यक्तिको हरेक व्यक्तिले पाएको रकम सूचीबद्ध गर्नुहोस्। हातमा नगद, चेक र बचत खाता, डिपोजिटिका प्रमाणपत्र, स्टक, बोनड, जीवन बीमाका नगद मूल्य, IRA र Keogh कोषहरू आदि लगायत कुनै पनि तरल स्रोत सूचीबद्ध गर्नुहोस्। यो डाटा योग्यताको अर्को कारकको रूपमा प्रयोग गरिन्छ।

*तपाईंलाई प्रोग्राममा कर्मचारीले प्रोग्राममा कोषहरू प्रयोग गर्नका लागि ग्राहकको आर्थिक आवश्यकता योग्यता निर्धारण गर्न राज्यको विधान, परिभाषित प्रशासनिक र लेखापरीक्षण आवश्यकताहरूसँग अनुपालन गर्नका लागि स्रोत/सम्पत्तहरू प्रमाणित गर्न अनुरोध गर्न सक्छन्। जवाफ नदिएमा वा अपूर्ण जानकारी प्रदान गरेमा योग्यता निर्धारण गर्न ढिला हुन सक्छ।

तपाईंलाई यस आवेदनमा आफ्नो जवाफ लेख्न ठाउँ पुगेन भने थप कागज प्रयोग गर्नुहोस्।

ज्याला वा स्वयं-रोजगार: हालको घर परिवार वा स्वयं-रोजगारको ग्रेस ज्याला (कर र कटौतीहरू अघि) रकम, आवृत्तिरि प्रापकसँगै सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

बाल सहायता, संभरण रकम: रकम, आवृत्तिरि प्रापक सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

खण्ड 6: असक्षमतासम्बन्धी खर्चहरू: स्याहार प्राप्तकर्ताको तर्फबाट हरेक वर्ष त्रिको असक्षमतासम्बन्धी खर्चहरू सबै सूचीबद्ध गर्नुहोस्। बीमा वा अन्य लाभ कार्यक्रम(हरू)बाट समेटिएको रकम समावेश नगर्नुहोस्। उक्त खर्च आम्दानीबाट काटन मिल्छ कि मिल्दैन भनी हेर्न यहाँ सूचीबद्ध जानकारी वचिार गरिन्छ। यसमा नर्देशित औषधि, गृह परिमार्जन, 3 वर्षभन्दा बढी उमेरका बालबालिकाका लागि डाइपरहरू लानि प्रयोग हुने व्यक्तितगत खर्चहरू, आदि जस्ता कुराहरू समावेश हुनुपर्छ।

वैकल्पिक जातिरि जातीयता: लागू हुने सबै बाकसमा ठीक चिह्न लगाउनुहोस्।

खण्ड 7: वैकल्पिक जनसांख्यिकीय: स्याहार प्राप्तकर्ताको जातिरि जातीय वर्ग सङ्केत गर्नुहोस्। 1964 को नागरिक अधिकार ऐनको शीर्षक VI अनुसार विभागले यो जानकारी अनुरोध गर्न पाउँछन्। यो जानकारी प्रोग्रामको कोषका लागि योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग हुने छैन। तपाईंले यो जानकारी उपलब्ध गराउनुभएन भने तपाईंको आवेदनमा प्रभाव पर्ने छैन। विभागले कुनै पनि जाति, रङ, जातीयता वा राष्ट्रिय मूलको भेद नगरी लाभहरू वितरण गरिन्छ। कुनै सुनिश्चित गर्नका लागि उक्त जानकारी अनुरोध गर्नुहोस्। **खण्ड 8: सम्झौता र हस्ताक्षर:** प्रोग्राममा कर्मचारीले लाभहरूको अधिकार दानि अघि वयसक स्याहार प्राप्तकर्ता वा अधिकृत प्रतिनिधिले उक्त आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। आवेदन भर्न सहायता गर्ने व्यक्तिले हस्ताक्षर गरेर सम्बन्ध, मतिरि, टेलिफोन नम्बर र इमेल सूचीबद्ध गर्नुपर्छ।

खण्ड 9: रफिरेल स्रोत (तपाईंलाई यस प्रोग्रामबारे कसले भनेको हो?): तपाईंलाई लाइफस्पान रेस्पाइट सब्सिडी प्रोग्रामबारे जसले भनेको हो उसको नाम, संस्था/एजेन्सी/स्याहार प्राप्तकर्तासँगको नाता र सम्पर्क जानकारी सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

भरेको आवेदन र समर्थक कागजातहरू नमिनमा पठाउनुहोस्:

इमेल: (सुझाव गरिएको)	dhhs.respites@nebraska.gov	मेल:	DHHS
फ्याक्स:	(402) 742-8356		Lifespan Respite Subsidy Program
सामाजिक सेवा कार्यकर्ता:	(402) 471-9188		P.O. Box 98933
स्थानीय रेस्पाइट संयोजक:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		Lincoln, NE 68509-8933

राहत कसले प्रदान गर्छ?

प्रदायकहरू फेला पार्न लचिलो नै छ। तपाईंको स्थानीय रेस्पाइट संयोजकले तपाईंलाई तपाईंको क्षेत्रमा प्रदायक खोज्न मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं शुल्क लानि प्रदायकहरूका रूपमा परिवारका सदस्य, साथी वा छमिकीहरूलाई प्रयोग गर्न सक्नु हुने छ। अन्य सम्भावनाहरू नमिन छन्: संस्था, क्याम्प, विश्वसनीय एजेन्सी, स्थानीय स्वयंसेवकको नेतृत्वमा रहेको संस्था वा समूह, स्वयंसेवकको नेतृत्वमा रहेको विद्यालय-आधारित कार्यक्रम, इक्वाइन कार्यक्रम, विश्वासमा आधारित वा अन्य स्वीकृत गतिविधिहरू। तपाईंका प्रयोजनहरूले गतिविधि गर्दै गर्दा तपाईंले विश्राम पाउनुहुन्छ—र रेस्पाइटको लक्ष्य भनेकै यही हो!

तपाईंले respites.ne.gov मा नेटवर्कबाट स्क्रिन गरिएका प्रदायकहरू फेला पार्न सक्नुहुन्छ। आफ्नो क्षेत्रमा प्रदायक खोज्न सहायता लिनका लागि रेस्पाइट प्रोभाइडर म्याच वा NRRS रेस्पाइट सर्च नेभिगेट गर्न “थप पढ्नुहोस्” मा क्लिक गर्नुहोस्।