

د روغتیا او بشري خدماتو څانګه

د ژوند په اوږدو کې د آرامې سبسایډی پروګرام لپاره غوښتنلیک

(لارښوونې وګورئ. که چېرې تاسو د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ: د آرامې شبکې (Respite Network) سیمه ییز همغږي کونکي لپاره 1-866-737-7483 ته زنگ ووهئ). آیا تاسو یو شفاهي ژباړونکي ته اړتیا لرئ؟ هو نه که هو، تاسو په کومه ژبه خبرې کوئ:

برخه 1: د پاملرنې ترلاسه کونکي معلومات (مغه څوک چې ځانګړې اړتیاو سره اوردمهاله پاملرنې ته اړتیا لري.)

د آرامې د غوښتنې د ملاتړ لپاره اسناد ضمیمه کړئ (د مثال په توګه، د معالج یا د روغتیا پاملرنې وړاندې کونکي لیک، اوسني طبي راپورونه یا IEP).

| | | |
|---|--|--|
| د پاملرنې ترلاسه کونکي نوم: | د زېږېدلو نېټه: | جنسیت: <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځینه |
| د ژوند ترتیبونه: <input type="checkbox"/> پاملرنې کونکي سره د پاملرنې ترلاسه کونکي په کور کې <input type="checkbox"/> له بلې کورنۍ یا ملګري سره بوازي ژوند کوي | د پاملرنې کونکي سره د پاملرنې کونکي په کور کې <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| د پاملرنې ترلاسه کونکي د تابعیت وضعیت: <input type="checkbox"/> د متحده ایالت تبعه او یا <input type="checkbox"/> زه د فدرالي مهاجرت او د تابعیت قانون لاندې یو وړ اجنبي یم. | | |

د پوست پته:

| | | | |
|------|--------|---------|---------|
| ښار: | ایالت: | زیږ کد: | کاونټي: |
|------|--------|---------|---------|

آیا د پاملرنې ترلاسه کونکي د خپل ځان د پاملرنې فعالیتونو کې مرستې ته اړتیا لري:

غسل کولو کې هو نه تشناب ته تللو کې هو نه سینګار کولو کې هو نه جامې اغوستلو کې هو نه یو ځای څخه بل ځای ته تللو کې هو نه حرکت کولو کې هو نه خورلو کې هو نه تګ کولو کې هو نه

د پاملرنې ترلاسه کونکي لخوا تجربه شوي ټولې هغه اړتیاوې په ګوته کړئ چې ځانې ته اړتیا لري:

ادراکي معلولیت یا د عقل زوال د زیات عمر له امله د فعالیتونو محدودیتونه فزیکي معلولیت
 د چلند ننگوني د زده کړې ناتواني نور:
 پراختیایي او/یا فکري ناتواني د رواني روغتیا ستونزې

د پاملرنې ترلاسه کونکي هغه ځانګړې اړتیاوې څرګند کړئ، لکه د ورځنۍ پاملرنې معمولونه، کوم چې اضافي ملاتړ ته اړتیا لري: (ځواب اړین دی)

د کور څخه په بهر ځای کې ځای پرځای کولو/مرکز کې د پاملرنې وړاندې کولو لور خطر (لکه د نرسنګ مرکز، پالنځي، د رواني روغتیا موسسه، د بلې کور کې: هو نه

برخه 2: د لومړني پاملرنې کونکي معلومات (مور یا پلار، میرمن یا خاوند، بل د کورنۍ غړی یا ملګری چې روانه پاملرنه چمتو کوي).

د مجاز استازي نوم: (د کورنۍ لومړنی پاملرنه کونکي)

| | |
|---|--|
| عمر: <input type="checkbox"/> 18 کلن او کم عمر لرونکی <input type="checkbox"/> له 19 څخه تر 59 پورې عمر لرونکی <input type="checkbox"/> له 60 څخه تر 75 پورې عمر لرونکی <input type="checkbox"/> له 76+ عمر لرونکی | جنسیت: <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځینه |
|---|--|

پاملرنه کونکي دی:

پالونکي مور یا پلار ملګری قانوني سرپرست
 بیولوژیکي مور یا پلار رضاعي مور یا پلار خور او ورور
 لور/زوی نیکه یا انا ښځه او یا خاوند
 شریک د څارنوالۍ د واک لیک

د تلیفون شمېره:

| | |
|-----------------|---|
| د موبایل شمېره: | متن پیغام ته رضایت: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه د موبایل خدمات چمتو کونکي موسسه: |
|-----------------|---|

د برېښنالیک له لارې د اړیکې لپاره رضایت: هو نهآیا تاسو له دې لارې اړیکه غوره کوئ: برېښنالیک برېښنالیک او متن پیغام پوست پوست او متن پیغام

| | |
|---|--|
| هر ه اونۍ د پاملرنې کولو لپاره ورکړل شوی وخت: <input type="checkbox"/> له 5 څخه تر 10 ساعتونو پورې <input type="checkbox"/> له 11 څخه تر 20 ساعتونو پورې <input type="checkbox"/> له 21 څخه تر 35 ساعتونو پورې <input type="checkbox"/> پوره وخت 24/7 | تاسو د پاملرنې ترلاسه کونکي د پاملرنې کولو په پایله کې څومره "انډیمنن" یاست: <input type="checkbox"/> هېڅکله انډیمنن نه یم <input type="checkbox"/> ډېر لږ انډیمنن یم <input type="checkbox"/> په متوسط اندازه انډیمنن یم <input type="checkbox"/> ډېر انډیمنن یم <input type="checkbox"/> په لوړه کچه انډیمنن یم |
| د غوښتنې په وخت کې د پاملرنې وړاندې کونکي روغتیا (یو په ګوته کړئ): <input type="checkbox"/> ښه <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> معلولیت لرونکی <input type="checkbox"/> سخت ناروغه | پاملرنه کونکي ګمارل شوی: <input type="checkbox"/> بشپړ وخت <input type="checkbox"/> ځینې وخت <input type="checkbox"/> ګمارل شوی یا تقاعد شوی ندی |

د ژوند په اوږدو کې د آرامۍ د سبسایډي پروګرام لپاره غوښتنلیک

(لارښوونې وګورئ. که چیرې تاسو د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ: د آرامۍ شبکې (Respite Network) سیمه ییز همغږي کونکي لپاره 1-866-737-7483 ته زنگ ووهئ

په تېرو شپږو میاشتو کې، د کورنۍ یو یا ډېر پاملرنه کوونکو اړتیا درلوده چې د کورنۍ بې تادیې پاملرنې کولو مسئولیتونو له امله کار له لاسه ورکړي: هو نه لومړنی پاملرنه کوونکی ګمارل شوی نه دی

که هو، نو تاسو څو ورځې له لاسه ورکړي:

Lifespan Respite به یوازې د هغو خلکو لپاره د آرامۍ ملاتړونه چمتو کړي چې اوس د آرامۍ خدمات نه ترلاسه کوي یا د حکومت لخوا د بل یو پروګرام د نورو د آرامۍ خدمتونو لپاره وړ نه وي.

آیا د پاملرنې ترلاسه کوونکی اوس مهال د آرامۍ خدمات ترلاسه کوي یا د حکومت لخوا د بل یو پروګرام د نورو د آرامۍ خدماتو لپاره وړ دی؟ هو نه

پوځي معلومات:

آیا اوس مهال په کورنۍ کې څوک د متحده ایالاتو د پوځ په کومه څانګه کې فعال یا او یا ریزرو پوځي دی؟ هو نه
آیا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم بل غړید پوځ په کومه څانګه کې خدمت کړی؟ هو نه
که هو، مهرباني وکړئ د دې کس یا کسانو لپاره لاندې معلومات وړاندې کړئ.

| په پوځ کې د کس نوم او یا د له پوځ څخه تقاعد شوي د میرمنې یا خاوند یا یې د ماشوم نوم: | هغه نر/ښځه دی: |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> له پوځ څخه تقاعد شوی <input type="checkbox"/> د له پوځ څخه د تقاعد شوي میرمن یا خاوند <input type="checkbox"/> له پوځ څخه د تقاعد شوي ماشوم (18 کلن یا کم عمر لرونکی) | <input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/> ریزرو پوځي |
| <input type="checkbox"/> له پوځ څخه تقاعد شوی <input type="checkbox"/> د له پوځ څخه د تقاعد شوي میرمن یا خاوند <input type="checkbox"/> له پوځ څخه د تقاعد شوي ماشوم (18 کلن یا کم عمر لرونکی) | <input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/> ریزرو پوځي |
| <input type="checkbox"/> له پوځ څخه تقاعد شوی <input type="checkbox"/> د له پوځ څخه د تقاعد شوي میرمن یا خاوند <input type="checkbox"/> له پوځ څخه د تقاعد شوي ماشوم (18 کلن یا کم عمر لرونکی) | <input type="checkbox"/> فعال <input type="checkbox"/> ریزرو پوځي |

برخه 3: د ژوند کولو ترتیبات (ټول هغو کسان لیست کړئ چې د پاملرنې ترلاسه کوونکی کورنۍ کې ژوند کوي):

| نوم: | د زیږېدلو نېټه: | د پاملرنې ترلاسه کوونکي سره تړاو یا خپلولي: |
|------|-----------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(که چیرې د پاملرنې ترلاسه کوونکی د SNAP یا MEDICAID NON-MAGI پروګرامونو له لارې ګټې ترلاسه کوي نو برخه 7 ته لارښئ)

آیا 18 کلن یا له دې څخه کم عمر لرونکي پاملرنې ترلاسه کوونکی مور یا پلار لري چې له کور څخه بهر ژوند کوي: هو نه

4 مه برخه: سرچینې/اشتمنی

آیا تاسو یا په کور کې بل څوک لاندې کې کوم یو لری؟ هو نه
که هو، ټول هغه څه په ګوته کړئ چې پلي کيږي او په لاندې جدول کې یې سرچینې/اشتمنی لیست کړئ.

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> نغدې پیسې | <input type="checkbox"/> 401(K) | <input type="checkbox"/> د زده کړې حسابونه |
| <input type="checkbox"/> چیکنګ یا د پیسو ساتلو حساب یعنې اکاونټ | <input type="checkbox"/> نورې سرچینې | <input type="checkbox"/> ملکیت (ځمکه، کورونه) |
| <input type="checkbox"/> د زیرمو سندونه (CD) | <input type="checkbox"/> د تقاعد حسابونه | <input type="checkbox"/> د بنځولو ترستونو سره د اداينو سندونه یا ترونونه |
| <input type="checkbox"/> دوه اړخیزه تمویلونه یا میوچول فنډونه | <input type="checkbox"/> سټاکونه/بانډونه | <input type="checkbox"/> د بنځولو ترتیبات |
| <input type="checkbox"/> میراث | <input type="checkbox"/> کلنی ادايېني | <input type="checkbox"/> ترستونه |

| پر حساب نوم (یا نومونه): | دوی څه لري: | په حساب کې شته مقدار: | پر حساب نوم (یا نومونه): | دوی څه لري: | په حساب کې شته مقدار: |
|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

د ژوند په اوږدو کې د آرامۍ د سبسایډي پروګرام لپاره غوښتنلیک

(لارښوونې وګورئ، که چیرې تاسو د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ: د آرامۍ شبکې (Respite Network) سیمه ییز همغږي کونکي لپاره 1-866-737-7483 ته زنگ ووهئ

برخه 5: عاید (ټول ټولګان عاید لیست کړئ) (د تحقیقونو دمخه). د هغو کسانو لپاره چې 19 کلنۍ ته رسېدلي وي، یوازې د غوښتونکي او د غوښتونکي د میرمنې یا خاوند عاید به لیست کړل شي. د 19 کالو څخه کم عمر لرونکي کسانو لپاره، د غوښتونکي عاید او د ساتونکو مور او پلار د ماليې ور عاید به لیست کړل شي. (464 NAC 1.011.02(A))

| د عاید ډول: | اندازه یعنی مقدار: | دا څو ځله ترلاسه کېږي: | هغه کس چې دا ترلاسه کوي: |
|--|--------------------|------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> معاشونه: <input type="checkbox"/> په خپله ځان ګمارنه یعنی په خپل کاروبار کې په خپله کار کول: <input type="checkbox"/> (په خپله ځان ګمارونکي باید د IRS لخوا د عاید تصدیق لیک ضمیمه کړي) <input type="checkbox"/> د ټولنیز امنیت معلولیت بیمه (SSDI) <input type="checkbox"/> د ټولنیز امنیت تقاعد | | | |
| <input type="checkbox"/> د SS تقاعد لاندې د تقاعد پیسې: <input type="checkbox"/> د ماشوم ملاتړ: <input type="checkbox"/> خواره یا نفقه: نور: | | | |

6 مه برخه: د معلولیت اړوند لګښتونه (یوازې د خپل جیب څخه او نه تادیه شوي لګښتونه)

د معلولیت پورې اړوند لګښتونه لیست کړئ چې د کومې بلي سرچینې لخوا نه پوښل کېږي، چې د پاملرنې ترلاسه کونکي یې باید په یو کال کې تادیه کړي. د لګښتونو مثالونه: د ډاکټر لیدنې، نسخې، د لویانو د بې واکې د ناروغې واکې محصولات، طبي ترانسپورت، شلګاډی یعنی ویلچایرونه، لفتونه، د معمارۍ د بیاروغني لپاره پورونه. د کورنۍ د نورو غړو لګښتونه پکې مه شامل کړئ:

| لګښت: | ارزښت: | څو ځله: |
|-------|--------|---------|
| | | |
| | | |

برخه 7: اختیاري وګرشمېرنې او پېژندنې

| قومیت: | نژاد: |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> د هسپانوي، لاتیني او یا د سپین د اصل نه دی <input type="checkbox"/> د مکسیکو <input type="checkbox"/> د Puerto Rico اوسیدونکي <input type="checkbox"/> مرکزي امریکایي <input type="checkbox"/> د کیوبا اصل لرونکي <input type="checkbox"/> جنوبي امریکایي <input type="checkbox"/> نور هسپانوي، لاتیني یا د سپین اصل لرونکي <input type="checkbox"/> نور/ نامعلوم | <input type="checkbox"/> تور/ افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> سپین/ قفقازی <input type="checkbox"/> آسیایي <input type="checkbox"/> امریکایي هندي <input type="checkbox"/> د الاسکا وګړي <input type="checkbox"/> د هاوایي وګړي <input type="checkbox"/> نور د پیسیفیک د ټاپو وګړي <input type="checkbox"/> نور/ نامعلوم |

برخه 8: موافقه او لاسلیک

زه پوهېږم چې زما بیانونه معاینه کېدای شي، او که ما غلط بیانونه یا معلومات ورکړي وي، نو زه ممکن د درغلي جرم کې مجرم وټاکل شم.

زه پوهېږم هرکله چې په هغه معلوماتو کې بدلونونه شتون ولري چې ما ورکړي، زه باید سمښتی یې په اړه د (Nebraska Department of Health & Human Services) د Respite Subsidy Program Coordinator ته خبر ورکړم.

زه پوهېږم که چیرې زه داسې فکر وکړم چې زما غوښتنه په سمه توګه نه اداره کېږي، زه د استنباف غوښتنه کولو حق لرم.

زه پوهېږم چې (Nebraska Department of Health and Human Services) ممکن اړتیا ولري له نورو ادارو او کسانو سره اړیکه ونیسي ترڅو زما مالي وړتیا مشخص کړي او د هغه ملاتړ لپاره زما اړتیا تایید کړي چې زه یې غوښتنه کوم او یا د خدماتو په ترلاسه کولو کې زما د مرستې کولو لپاره مراجعې وکړي. زه د دې محرمو معلوماتو د خپرولو اجازه ورکوم.

زه پوهېږم چې د کتو لپاره تادیات خنډول کېدای شي که چیرې زه د پاملرنې ترلاسه کونکي د ټولنیز امنیت شمېره ور نه کړم.

زه پوهېږم چې زما ځواب او هغه معلومات چې پدې فورمه کې چمتو شوي او د عامه کتو لپاره هر ډول غوښتنلیک ریښتیني، بشپړ او دقیق دي او زه پوهېږم چې دا معلومات ممکن په متحده ایالاتو کې زما د قانوني شتون تایید کولو لپاره وکارول شي.

د بالغ پاملرنې ترلاسه کونکي یا مجاز استازي لاسلیک:

نېټه:

د ژوند په اوږدو کې د آرامۍ د سبسایډي پروګرام لپاره غوښتنلیک

(لارښوونې وګورئ. که چیرې تاسو د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ: د آرامۍ شبکې (Respite Network) سیمه ییز همغږي کونکي لپاره 1-866-737-7483 ته زنگ ووهئ

د هغه چا لاسلیک چې د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرسته کړي، که چیرې پلي کېږي:

د پاملرنې تر لاسه کونکي سره تړاو یا خپلولي: د مرسته کونکي تېلېفون شمېره: د مرسته کونکي برېښنالیک:

برخه 9: راجع کونکي سرچینه (تاسو ته چا د پروګرام په اړه وویل)

نوم/سرلیک: سازمان/اداره یا د پاملرنې تر لاسه کونکي سره اړیکه:

پته: ښار: ایالت:

تېلېفون: برېښنالیک:

بشپړ شوي غوښتنلیک او ملاتړ اسناد دې ته واستوئ:

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------|
| برېښنالیک: (سپارښتنه شوی) | د پوسټ: | dhhs.respite@nebraska.gov | DHHS |
| فکس: | (402) 742-8356 | Lifespan Respite Subsidy Program | |
| د ټولنیزو خدمتونو کارکوونکي: | (402) 471-9188 | P.O. Box 98933 | |
| د آرامۍ سیمه ییز همغږي کونکي: | 1-866-RESPITE (1-866-737-7483) | Lincoln, NE 68509-8933 | |

لارښوونې:

د CFS-1400 فورمي "Lifespan Respite Subsidy Program Application" بشپړولو لپاره لارښوونې

کارول: فورمه CFS-1400 د Lifespan Respite Subsidy Program benefits د ګټو د وړتیا ټاکلو لپاره د یو غوښتنلیک په توګه کارول کېږي. د پروګرام کارمندان به د اړین معلوماتو راټولولو لپاره دا فورمه وکاروي ترڅو د آرامۍ خدماتو لپاره اړتیا مشخص کړي. دا د معلوماتو د خپرولو په توګه هم کار کوي کله چې د وړتیا ټاکلو لپاره اضافي معلومات ته اړتیا وي. دا پروګرام د لومړني پاملرنې وړاندې کونکي ته د لنډمهاله وقفې ورکولو لپاره د آرامۍ خدماتو لپاره تادیه کوي. آرامۍ د ځانګړي اړتیاوو سره مخ د محتاج کس لپاره لومړني پاملرنې کونکي ته د اورمهاله پاملرنې غوښتنو څخه د لنډمهاله ارام چمتو کولو په معنی ده. اورمهاله پاملرنه د ځانګړي اړتیاوو لرونکي شخص لپاره د دوامداره، بشپړ وخت ځارنې/پاملرنې معنی ورکوي. د DHHS لارښود، مرجع NAC 1.001.01, 464 NAC 464 1.009, او NAC 1.010. 464 دا د هغو کسانو لپاره ندي چې د بل دولتي پروګرام څخه د آرامۍ خدمات تر لاسه کوي.

بشپړول: د پروګرام کارمندان به د وړتیا ټاکلو لپاره معلومات وکاروي. نیمګړي معلومات ممکن د وړتیا ټاکل وځنډوي. غوښتنلیک باید د بالغ پاملرنې تر لاسه کونکي یا د هغه/هغې مجاز استازي لخوا لاسلیک او نېټه شي.

برخه 1: د پاملرنې تر لاسه کونکي معلومات (هغه څوک چې ځانګړي اړتیاوي لري او د بشپړ وخت اورمهاله پاملرنې ته اړتیا لري: د پاملرنې تر لاسه کونکي نوم، د زیږون نېټه، جنسیت، د ژوند ترتیبات، د ټولنیز امنیت شمېره، د تابعیت حالت، پته، ښار، ایالت، زیږ کور او کاونټي ولیکئ. ټول هغه چک بکسونه په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

د آرامۍ د غوښتنې د ملاتړ لپاره اسناد ضمیمه کړئ (د مثال په توګه، د معالج یا د روغتیا پاملرنې وړاندې کونکي لیک، اوسني طبي راپورونه یا IEP).

د کور څخه په بهر ځای کې ځای پرځای کولو/مرکز کې د لوړ خطر امکان: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

برخه 2: د لومړني پاملرنې کونکي معلومات (مور یا پلار، میرمن یا خاوند، بل د کورنۍ غړی یا ملګری چې روانه پاملرنه وړاندې کوي): د پاملرنې وړاندې کونکي نوم ولیکئ. ټول هغه بکسونه په نېټه کړئ چې د جنسیت، عمر او دندې لپاره پلي کېږي. د کور، موبایل او کار د تېلېفون شمېره ولیکئ.

د متن پیغام رضایت: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي. که هو، خپل د ګرځنده تېلېفون خدمات چمتو کونکي موسسه لیست کړئ.

د برېښنالیک اړیکه: بکس چک کړئ که چیرې د پروګرام کارمندان تاسو سره د برېښنالیک له لارې اړیکه نیولای شي. د برېښنالیک آدرس ولیکئ.

هره اونۍ د پاملرنې کولو لپاره ورکړل شوی وخت: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

د انډیډنټن کېدو کچه: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

د اړیکه نیولو غوښتنه: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

د پاملرنې کونکي روغتیا: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

د کارموندني حالت: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي.

له لاسه وتلی کار: هغه چک بکس په نېټه کړئ چې پلي کېږي. له لاسه ورکړل شوې ورځو شمېره لیست کړئ.

د ژوند په اوږدو کې د آرامۍ د سبسایډي پروګرام لپاره غوښتنلیک

(لارښوونې وګورئ. که چیرې تاسو د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ: د آرامۍ شبکې (Respite Network) سیمه ییز همغږي کونکي لپاره 1-866-737-7483 ته زنگ ووهئ

3 مه برخه: د ژوند کولو ترتیبات: ټول هغه کسان لیست کړئ چې په کور کې ژوند کوي. ډاډ ترلاسه کړئ چې د هر چا د زیږون نېټه او د پاملرنې ترلاسه کونکي سره اړیکې شاملې کړئ.

که چیرې د پاملرنې ترلاسه کونکي **Medicaid, SNAP, ADC, state disability, or AABD** تر لاسه کوي نو برخه 7 (اختیاري وګرځمېرنې او پېژندنې) ته لار شئ.

4 مه برخه: سرچینې/شتمنۍ: * تاسو نه ممکن د پروګرام د کارمندانو لخوا وغوښتل شي چې سرچینې/شتمنۍ تایید کړئ ترڅو د دولت د قانون، او د ادارې او د پلټنې ټاکل شوو اړتیاوو سره مطابقت له لارې د پروګرام د تمویلونو کارولو لپاره د پیروډونکي د مالي اړتیا وړتیا ونښي. د ځواب ویلو کې پاتې راتلل یا د نیمګړي معلوماتو چمتو کول ممکن د وړتیا پرېکړې کولو کې د ځنډ لامل شي.

ټول هغه چک بکسونه په نښه کړئ چې پلي کيږي. هغه کسان هم چې تمویلونه یې ټاکل شوي، او د هر یو مقدار اندازه هم لیست کړئ. هر ډول د نغدي سرچینې لیست کړئ په شمول د لاس کې نغدي، د چیکونګ او د پیسو ساتلو حسابونه یعنې اکاونټونه، د زیرمې سندونه، ذخیرې یا ستاګونه، بانډونه، د ژوند د بیمو نغدي ارزښتونه، IRA او Keogh تمویلونه، او نور. دا معلومات به د وړتیا بل عامل په توګه وکارول شي.

5 مه برخه: عاید: * تاسو نه ممکن د پروګرام د کارمندانو لخوا وغوښتل شي چې سرچینې/شتمنۍ تایید کړئ ترڅو د دولت د قانون، او د ادارې او د پلټنې ټاکل شوو اړتیاوو سره مطابقت له لارې د پروګرام د تمویلونو کارولو لپاره د پیروډونکي د مالي اړتیا وړتیا ونښي. د ځواب ویلو کې پاتې راتلل یا د نیمګړي معلوماتو چمتو کول ممکن د وړتیا پرېکړې کولو کې د ځنډ لامل شي.

اضافي کاغذ وکاروئ که چیرې د دې غوښتنلیک په اړه ستاسو د ځوابونو لپاره کافي ځای شتون ونلري.

معاشونه او/یا په خپله د ځان ګمارنه: د کورنۍ اوسني ټولټال معاشونه لیست کړئ (د مالیاتو او تخفیفونو دمخه) یا په خپله د ځان ګمارنې مقدار، فریکونسی او څوک چې یې تر لاسه کوي، دا ټول لیست کړئ.

د ماشوم ملاتړ، ځواکه او نفعه: مقدار، فریکونسی او څوک چې یې تر لاسه کوي، لیست کړئ.

6 مه برخه: د معلولیت اړوند لګښتونه: د معلولیت اړوند هغه ټول لګښتونه لیست کړئ چې په د یو کال په موده کې د پاملرنې ترلاسه کونکي په استازیتوب تادیه کيږي. د بیمې یا نورو ګټو پروګرامونو لخوا پوښل شوی مقدار پکې مه شامل کوئ. دلته لیست شوي معلومات به په پام کې ونیول شي ترڅو وکتل شي چې ایا لګښت ممکن د عاید څخه لري کړل شي. پدې کې باید شیان شامل وي لکه د نسخو، د کور بدلونونو، د 3 کالو څخه پورته اشخاصو لپاره ډایپرونو لپاره د جیب څخه او نه تادیه شوي لګښتونه، او داسې نور.

اختیاري نسل او توکم: ټول هغه چیک بکسونه په نښه کړئ چې پلي کيږي.

برخه 7: اختیاري وګرځمېرنې او پېژندنې: د پاملرنې ترلاسه کونکي نسل او توکمیز کټګوری په ګوته کړئ. Title VI of the Civil Rights Act of 1964 وزارت ته اجازه ورکوي چې د دې معلوماتو غوښتنه وکړي. دا معلومات به د پروګرام تمویل لپاره د وړتیا په ټاکلو کې ونه کارول شي. که تاسو دا معلومات چمتو نه کړئ، نو دا به ستاسو په غوښتنلیک اغیزه ونلري. وزارت د دغه معلوماتو غوښتنه کوي ترڅو ډاډ ترلاسه کړي چې ګټي د نژاد، رنگ، توکم یا ملي اصل په پام کې نیولو پرته توزیع کيږي.

برخه 8: موافقه او لاسلیک: بالغ پاملرنې ترلاسه کونکي یا مجاز استازی باید غوښتنلیک لاسلیک کړي مخکې لدې چې د پروګرام کارمندان د ګټو اجازه ورکړي. هغه څوک چې د غوښتنلیک بشپړولو کې مرسته کوي باید لاسلیک وکړي او اړیکه، نېټه، تلیفون شمېره او برېښنالیک لیست کړي.

9 برخه: د راجع کولو سرچینه (تاسو ته چا د دې پروګرام په اړه وویل؟): نوم، سازمان/اداره/یا د پاملرنې ترلاسه کونکي سره اړیکه لیست کړئ او پدې اړه د اړیکي معلومات چې تاسو څنګه د Lifespan Respite Subsidy Program په اړه معلوم کړل.

بشپړ شوي غوښتنلیک او ملاتړ اسناد دې ته واستوئ:

| | | | |
|--|-------|---------------------------------------|-------------------------------|
| DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933 | پوسټ: | dhhs.respite@nebraska.gov | برېښنالیک: (سپارښتنې شوي) |
| | | (402) 742-8356 | فکس: |
| | | (402) 471-9188 | د ټولنیزو خدمتونو کارکوونکي: |
| | | 1-866-RESPITE (1-866-737-7483) | د آرامۍ سیمه ییز همغږي کونکي: |

څوک د آرامۍ ورکولو خدمات وړاندې کوي؟

د وړاندې کونکو په موندلو کې انعطاف شتون لري. د آرامۍ ورکونکي سیمه ییز همغږي کونکي کوالای شي ستاسو په سیمه کې د شبکې لخوا تایید شوي یوه وړاندې کونکي په موندلو کې د سره مرسته وکړي. تاسو کېدای شي د کورنۍ غړي، دوستان یا ګاونډیان د پیسو پر وړاندې د تادیه کونکي په توګه وکاروئ. نور احتمالات عبارت دي له: سازمانونه، کمپونه، یوه باوري اداره، یوه ځایي رضاکارانه سازمان یا ډله، رضاکارانه د ښوونځي پر بنسټ پروګرام، ایکوین پروګرامونه، د مذهب پراساس یا نور تصویب شوي فعالیتونه. پداسې حال کې چې ستاسو مینه وال په یو فعالیت کې برخه اخلي، او تاسو وقفه ترلاسه کوئ - او دا هغه څه دي چې آرامۍ یې وړاندې کوي!

تاسو کولی شئ په respite.ne.gov کې د شبکې لخوا تایید شوي رخصتۍ چمتو کونکي ومومئ: ستاسو په سیمه کې د چمتو کونکي موندلو کې د مرستې لپاره د Respite Provider Match یا NRRS Respite Search ته د تګ لپاره "Read more" باندې کلیک وکړئ.