

Розділ 1: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОТРИМУВАЧА ДОГЛЯДУ (Особа з особливими потребами, яка потребує постійного догляду).


Додайте документи, що супроводжують запит на отримання послуг, що підвищують якість життя (наприклад, лист від терапевта або медичного працівника, поточні медичні звіти або IEP).

Ім'я та прізвище отримувача допомоги:		Дата народження:	Стать: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча
Умови проживання: <input type="checkbox"/> З особою, яка здійснює догляд, вдома в отримувача допомоги <input type="checkbox"/> Самостійне проживання <input type="checkbox"/> З особою, яка здійснює догляд, у неї вдома <input type="checkbox"/> З іншими членами сім'ї або друзями		Номер соціального страхування:	
Статус громадянства отримувача допомоги: <input type="checkbox"/> Громадянин(-ка) США АБО <input type="checkbox"/> Я є іноземним(-ою) громадянином(-кою) відповідно до федерального Закону про імміграцію та громадянство.			
Поштова адреса:			
Місто:	Штат:	Поштовий індекс:	Округ:

Чи потребує отримувач будь-якої допомоги в самообслуговуванні:

Купання	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Туалет	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Догляд за собою	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Одягання	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Транспортування	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Мобільність	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Приймання їжі	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Ходіння	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		

Позначте всі потреби отримувача допомоги, який потребує нагляду:

<input type="checkbox"/> Когнітивні порушення або деменція	<input type="checkbox"/> Функціональні обмеження через похилий вік	<input type="checkbox"/> Фізичні вади
<input type="checkbox"/> Поведінкові проблеми	<input type="checkbox"/> Неспроможність до навчання	<input type="checkbox"/> Інше:
<input type="checkbox"/> Проблеми психічного здоров'я	<input type="checkbox"/> Розлади розвитку та/або інтелектуальні порушення	

Опишіть особливі потреби отримувача допомоги, наприклад, щоденні процедури догляду, які потребують додаткової підтримки: (Відповідь обов'язкова)

Високий ризик виникнення необхідності в догляді за межами будинку (наприклад, у будинку для літніх людей, прийомній родині, психіатричній лікарні, інтернаті для інвалідів): Так Ні

Розділ 2: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСНОВНУ ОСОБУ, ЯКА ЗДІЙСНЮЄ ДОГЛЯД (батьки, чоловік/дружина, інші члени родини або друзі, які здійснюють постійний догляд).

Ім'я та прізвище вповноваженого представника: (Основна особа в родині, яка здійснює догляд)	Стать: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча	Вік: <input type="checkbox"/> молодше 18 років <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
Особою, що здійснює догляд є:		
<input type="checkbox"/> Усиновитель	<input type="checkbox"/> Друг	<input type="checkbox"/> Законний опікун
<input type="checkbox"/> Партнер	<input type="checkbox"/> Прийомний(-а) батько (матір)	<input type="checkbox"/> Брат (сестра)
<input type="checkbox"/> Дочка/син	<input type="checkbox"/> Дідусь (бабуся)	<input type="checkbox"/> Чоловік (дружина)
<input type="checkbox"/> Біологічний(-а) батько (матір)	<input type="checkbox"/> Особа, що діє за довіреністю	
Номер стаціонарного телефону:	Номер мобільного телефону:	Згода на отримання текстових повідомлень: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Оператор мобільного зв'язку:

Згода на контактування електронною поштою: Так Ні Ел. пошта особи, що здійснює догляд:

Ви бажаєте спілкуватися через: Ел. пошту Ел. пошту й SMS Пошту Пошту та SMS

Час, що витрачається на догляд щотижня: <input type="checkbox"/> 5-10 годин <input type="checkbox"/> 11-20 годин <input type="checkbox"/> 21-35 годин <input type="checkbox"/> Цілодобово 7 днів на тиждень	Наскільки великий рівень стресу ви отримуєте в результаті догляду за отримувачем допомоги:
Стан здоров'я особи, що здійснює догляд, на момент запиту (позначте один варіант): <input type="checkbox"/> Нормальний <input type="checkbox"/> Припустимий <input type="checkbox"/> Наявність інвалідності <input type="checkbox"/> Критичний	<input type="checkbox"/> Жодного стресу <input type="checkbox"/> Незначний стрес
Працевлаштування особи, що здійснює догляд: <input type="checkbox"/> Повний робочий день <input type="checkbox"/> Неповний робочий день <input type="checkbox"/> Не працює або вийшов(-ла) на пенсію	<input type="checkbox"/> Помірний стрес <input type="checkbox"/> Сильний стрес
	<input type="checkbox"/> Надзвичайно сильний стрес

Чи доводилося а останні шість місяців одному або декільком членам сім'ї пропускати роботу через неоплачувані обов'язки по догляду за членом родини: Так Ні Особа, що здійснює догляд, не працює

Якщо так, скільки днів було пропущено:

Lifespan Respite надає послуги з перепочинку лише тим людям, які не отримують послуги з перепочинку або не мають права на інші послуги з перепочинку за іншою державною програмою.

Чи одержує отримувач допомоги в даний час послуги з перепочинку або має право на інші послуги з перепочинку в рамках іншої державної програми? Так Ні

Інформація про статус військовослужбовця:

Чи є хтось із членів домогосподарства чинним військовослужбовцем або резервістом у будь-якому роді військ Збройних сил Сполучених Штатів? Так Ні

Чи служили ви або будь-хто з членів вашого домогосподарства в будь-якому роді військ? Так Ні

Якщо так, надайте інформацію про цю особу (осіб) нижче.

Ім'я та прізвище військовослужбовця або дружини/чоловіка чи дитини ветерана:	Він/вона є:
	<input type="checkbox"/> Перебуває на дійсній службі <input type="checkbox"/> Ветераном <input type="checkbox"/> Чоловіком або дружиною ветерана <input type="checkbox"/> Перебуває в запасі <input type="checkbox"/> Дитиною ветерана (віком до 18 років)
	<input type="checkbox"/> Перебуває на дійсній службі <input type="checkbox"/> Ветераном <input type="checkbox"/> Чоловіком або дружиною ветерана <input type="checkbox"/> Перебуває в запасі <input type="checkbox"/> Дитиною ветерана (віком до 18 років)
	<input type="checkbox"/> Перебуває на дійсній службі <input type="checkbox"/> Ветераном <input type="checkbox"/> Чоловіком або дружиною ветерана <input type="checkbox"/> Перебуває в запасі <input type="checkbox"/> Дитиною ветерана (віком до 18 років)

Розділ 3: УМОВИ ПРОЖИВАННЯ (Вкажіть всіх осіб, що проживають у домогосподарстві отримувача допомоги):

Ім'я та прізвище:	Дата народження:	Стосунки з отримувачем допомоги:

(Якщо отримувач послуг одержує допомогу за програмами SNAP або MEDICAID NON-MAGI, перейдіть до розділу 7)

Чи є в отримувача послуг віком до 18 років батьки, які проживають за межами його домівки: Так Ні

Розділ 4: РЕСУРСИ/АКТИВИ

Чи маєте ви або хтось із членів вашої родини щось із переліченого нижче: Так Ні

Якщо так, позначте всі пункти і вкажіть ресурси/активи в таблиці нижче.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Готівка | <input type="checkbox"/> 401(К) | <input type="checkbox"/> Освітні рахунки |
| <input type="checkbox"/> Чекові та ощадні рахунки | <input type="checkbox"/> Інші ресурси | <input type="checkbox"/> Майно (земельна ділянка, житло) |
| <input type="checkbox"/> Депозитні сертифікати (CD) | <input type="checkbox"/> Пенсійні рахунки | <input type="checkbox"/> Трастові фонди на поховання |
| <input type="checkbox"/> Пайові інвестиційні фонди | <input type="checkbox"/> Акції /облігації | <input type="checkbox"/> Приготування щодо поховання |
| <input type="checkbox"/> Спадщина | <input type="checkbox"/> Рента | <input type="checkbox"/> Трастові фонди |

Ім'я (імена) та прізвища, вказані в рахунку:	Чим вони володіють:	Сума на рахунку:	Ім'я (імена) та прізвища, вказані в рахунку:	Чим вони володіють:	Сума на рахунку:

Розділ 5: ДОХОДИ (Вкажіть всі валові доходи (до відрахувань). Для осіб, які досягли 19-річного віку, мають вказуватися лише доходи заявника та його/її дружини/чоловіка. Для осіб віком до 19 років має вказуватися дохід заявника та оподатковуваний дохід батьків-опікунів. 464 NAC 1.011.02(A))

Тип доходу:	Сума:	Як часто його отримують:	Хто його отримує:
<input type="checkbox"/> Заробітна плата <input type="checkbox"/> Самозайнятість: (Самозайняті особи повинні додати довідку про доходи з податкової інспекції)			
<input type="checkbox"/> Соціальна допомога через втрату працездатності (SSDI)			
<input type="checkbox"/> Пенсія за соціальним страхуванням			
Тип доходу:	Сума:	Як часто його отримують:	Хто його отримує:
<input type="checkbox"/> Пенсія за соціальним страхуванням:			
<input type="checkbox"/> Допомога на дитину:			
<input type="checkbox"/> Аліменти:			
Інший:			

Розділ 6: ВИТРАТИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНВАЛІДНІСТЮ (тільки витрати із власної кишені, що не були відшкодовані)

Перелічіть витрати, пов'язані з інвалідністю, які не покриваються жодним іншим джерелом, і які отримувач послуг має сплатити протягом року. Приклади витрат: прийоми в лікаря, рецептурні препарати, вироби для нетримання у дорослих, медичний транспорт, інвалідні візки, ліфти, позики на архітектурні облаштування. Не включайте витрати інших членів сім'ї:

Витрати:	Вартість:	Як часто:

Розділ 7: ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)

Етнічна приналежність:	Раса:
<input type="checkbox"/> Не має латиноамериканського або іспанського походження	<input type="checkbox"/> Чорношкірий(-а) / афроамериканець(-ка)
<input type="checkbox"/> Мексиканського походження	<input type="checkbox"/> Білий(-а)/європеїдної раси
<input type="checkbox"/> Пуерторіканського походження	<input type="checkbox"/> Азіат(-ка)
<input type="checkbox"/> Центрально-американського походження	<input type="checkbox"/> Індіанець(-ка)
<input type="checkbox"/> Кубінського походження	<input type="checkbox"/> Корінний(-а) мешканець(-ка) Аляски
<input type="checkbox"/> Південно-американського походження	<input type="checkbox"/> Корінний(-а) мешканець(-ка) Гаваїв
<input type="checkbox"/> Має інше латиноамериканське або іспанське походження	<input type="checkbox"/> Мешканець(-ка) іших тихоокеанських островів
<input type="checkbox"/> Має інше/невідоме походження	<input type="checkbox"/> Має інше/невідоме походження

РОЗДІЛ 8: НАДАННЯ ЗГОДИ ТА ПІДПИСАННЯ ДОКУМЕНТУ

Я розумію, що мої твердження можуть бути перевірені, і якщо я надам неправдиву інформацію, мене можуть визнати винним у шахрайстві.

Я розумію, що у разі зміни наданої мною інформації я повинен(-на) негайно повідомити про це Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення штату Небраска (Nebraska Department of Health & Human Services), Координатора програми Respite Subsidy.

Я розумію, що якщо я вважаю, що мій запит не був розглянутий належним чином, я маю право подати апеляцію.

Я розумію, що Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення штату Небраска може знадобитися зв'язатися з іншими установами та особами для визначення мого фінансового права та перевірки моєї потреби в підтримці, на яку я претендую, або для перенаправлення до іншого місця, де мені можуть допомогти в отриманні послуг. Я дозволяю розкривати цю конфіденційну інформацію.

Я розумію, що виплати допомоги можуть бути затримані, якщо я не надам номер соціального страхування отримувача допомоги.

Я розумію, що моя відповідь та інформація, надана в цій формі та будь-якій пов'язаній з нею заяві на отримання державної допомоги, є правдивою, повною і точною, і я розумію, що ця інформація може бути використана для перевірки законності мого перебування у Сполучених Штатах.

Підпис повнолітнього отримувача послуг або уповноваженого представника:	Дата:
---	-------

Підпис особи, яка допомагала заповнити цю заяву, якщо це необхідно:

Стосунки з отримувачем допомоги:

Довідковий телефон:

Електронна пошта особи, що надає допомогу:

Розділ 9: Джерело Направлення (Хто розповів вам про цю програму)

Ім'я та прізвище/посада:

Організація/установа або зв'язок з отримувачем допомоги:


Адреса:

Місто:

Штат:

Телефон:

Ел. пошта:

 Надішліть заповнену заяву та супровідну документацію на адресу:

Ел. пошта: (рекомендовано)	dhhs.respite@nebraska.gov	Поштова адреса:	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Факс:	(402) 742-8356		
Працівник соціальної служби:	(402) 471-9188		
Місцевий координатор із перепочинку:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		


ІНСТРУКЦІЯ:

Інструкція щодо заповнення форми CFS-1400 «Заява на отримання субсидії за програмою Lifespan Respite Subsidy»

Використання: Форма CFS-1400 використовується як заява для визначення права на отримання субсидії за програмою Lifespan Respite Subsidy. Співробітники програми використовуватимуть цю форму для збору даних, необхідних для визначення вашого права на отримання послуг перепочинку. Вона також слугує для розкриття інформації, коли для визначення відповідності критеріям участі потрібна додаткова інформація. Ця програма оплачує послуги з перепочинку, що надають основному піклувальнику тимчасову перерву. **Перепочинок (Respite) — це короткочасне звільнення осіб, які здійснюють догляд, від необхідності в постійному догляді за людиною з особливими потребами.** Постійний догляд означає безперервний нагляд/догляд протягом повного дня за людиною з особливими потребами. Посилання на посібники DHHS 464 NAC 1.001.01, 464 NAC 1.009 та 464 NAC 1.010. Вона НЕ призначена для людей, які отримують послуги з перепочинку за іншою державною програмою.

Заповнення: співробітники програми використовуватимуть дані для визначення відповідності вимогам. Неповна інформація може затримати визначення відповідності вимогам програми. Заява має бути підписана та датована повнолітнім отримувачем послуг або його/її уповноваженим представником. **Розділ 1: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОТРИМУВАЧА ПОСЛУГ (Особа з особливими потребами, яка потребує постійного догляду впродовж повного робочого дня:**

Введіть ім'я та прізвище, дату народження, стать, умови проживання, номер соціального страхування, статус громадянства, адресу, місто, штат, поштовий індекс та округ отримувача допомоги. Поставте позначки у відповідних полях.

 Додайте документи, що супроводжують запит на отримання послуг, що підвищують якість життя (наприклад, лист від терапевта або медичного працівника, поточні медичні звіти або IEP).

Високий ризик виникнення необхідності в догляді за межами будинку (наприклад, у будинку для літніх людей, прийомній родині, психіатричній лікарні, інтернаті для інвалідів): Поставте позначку у відповідному полі.

Розділ 2: ІНФОРМАЦІЯ ОСНОВНОЇ ОСОБИ, ЯКА ЗДІЙСНЮЄ ДОГЛЯД (батьки, чоловік/дружина, інші члени родини або друзі, які здійснюють постійний догляд): вкажіть ім'я особи, яка здійснює догляд. Позначте всі поля, що стосуються статі, віку та ролі (ролей). Вкажіть номер(-и) домашнього, мобільного та робочого телефону.

Згода на отримання текстових повідомлень: поставте позначку у відповідному полі. Якщо так, вкажіть оператора мобільного зв'язку. **Контактування електронною поштою:** поставте позначку, якщо співробітники програми можуть зв'язатися з вами електронною поштою. Введіть адресу електронної пошти.

Час, що витрачається на догляд щотижня: поставте позначку у відповідному полі. **Рівень стресу:** поставте позначку у відповідному полі.

Бажаний спосіб зв'язку: поставте позначку у відповідному полі.

Здоров'я особи, що здійснює догляд: поставте позначку у відповідному полі.

Статус зайнятості: поставте позначку у відповідному полі.

Пропущена робота: поставте позначку у відповідному полі. Вкажіть кількість пропущених днів.

Розділ 3: УМОВИ ПРОЖИВАННЯ: вкажіть всіх осіб, що проживають у домогосподарстві отримувача допомоги. Не забудьте вказати дату народження кожного з них та їхнє відношення до отримувача допомоги.

Якщо отримувач послуг отримує Medicaid, SNAP, ADC, державну допомогу по інвалідності або AABD, перейдіть до Розділу 7 (Демографічні дані (не обов'язково)).

Розділ 4: РЕСУРСИ/АКТИВИ: *Співробітники програми можуть попросити вас надати підтвердження того, що ресурси/активи відповідають законодавству штату, визначеним адміністративним та аудиторським вимогам, і можуть продемонструвати фінансові потреби клієнта, що дають право на використання коштів програми. Відсутність відповіді або надання неповної інформації може призвести до затримки у визначенні відповідності вимогам програми.

Поставте позначки у відповідних полях. Вкажіть особу(-і), кошти яких були позначені, та суму кожного з них. Перерахуйте всі ліквідні ресурси, включаючи готівку, чекові та ощадні рахунки, депозитні сертифікати, акції, облигації, грошові кошти по страхуванню життя, фонди IRA та Keogh тощо. Ці дані будуть використані як ще один фактор для визначення відповідності вимогам.

Розділ 5: ДОХОДИ: *Співробітники програми можуть попросити вас надати підтвердження того, що ресурси/активи відповідають законодавству штату, визначеним адміністративним та аудиторським вимогам, і можуть продемонструвати фінансові потреби клієнта, що дають право на використання коштів програми. Відсутність відповіді або надання неповної інформації може призвести до затримки у визначенні відповідності вимогам програми.

Якщо не вистачає місця для ваших відповідей у цьому додатку, ви можете використовувати додаткові аркуші.

Заробітна плата та/або самозайнятість: Вкажіть поточну валову заробітну плату домогосподарства (до сплати податків та відрахувань) або дохід самозайнятої особи із зазначенням суми, частоти отримання та осіб, які її отримують.

Допомога на дитину, аліменти: Вкажіть кількість, частоту отримання і хто отримує.

Розділ 6: ВИТРАТИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНВАЛІДНІСТЮ: Вкажіть всі витрати, пов'язані з інвалідністю, сплачені від імені отримувача допомоги протягом року. Не включайте суми, що покриваються страховкою або іншими програмами виплат. Наведена тут інформація буде розглядатися для визначення того, чи можна не враховувати ці витрати в доходах. Вона повинна включати такі речі, як витрати із власної кишені на рецептурні препарати, внесення змін до житла, витрати на підгузки для осіб старше 3 років тощо.

Раса та етнічна приналежність (не обов'язково): позначте всі поля, що є застосовними.

Розділ 7: ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО) Вкажіть расову та етнічну категорію отримувача допомоги. Розділ VI Закону про громадянські права 1964 року дозволяє Департаменту запитувати цю інформацію. Ця інформація не буде використана при визначенні відповідності критеріям фінансування програми. Якщо ви не надасте цю інформацію, це не вплине на вашу заяву. Департамент просить надати цю інформацію для гарантування того, що пільги розподіляються незалежно від раси, кольору шкіри, етнічного чи національного походження.

Розділ 8: НАДАННЯ ЗГОДИ ТА ПІДПИСАННЯ ДОКУМЕНТУ: Дорослий отримувач послуг або його уповноважений представник повинен підписати заяву, перш ніж співробітники програми нададуть дозвіл на виплати. Особа, яка допомагає заповнити заяву, повинна підписати її і вказати відношення до отримувача послуг, дату, телефон та електронну адресу.

Розділ 9: Джерело Направлення (хто розповів вам про цю програму) Вкажіть ім'я, організацію/відомство та/або зв'язок з отримувачем допомоги, а також контактну інформацію про те, звідки ви дізналися про програму Lifespan Respite Subsidy.

Надішліть заповнену заяву та супровідну документацію на адресу:

Ел. пошта: (рекомендовано)	dhhs.respite@nebraska.gov	Поштова адреса:	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Факс:	(402) 742-8356		
Працівник соціальної служби:	(402) 471-9188		
Місцевий координатор із перепочинку:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

ХТО НАДАЄ ПЕРЕПОЧИНОК

Пошук постачальників може бути певною мірою гнучким. Ваш місцевий координатор із перепочинку може допомогти вам знайти постачальника у вашому регіоні, що пройшов первинну перевірку мережею. Ви можете найняти членів родини, друзів чи сусідів як платних постачальників послуг. Інші можливості: організації, табори, довірча установа, місцева волонтерська організація або група, волонтерська шкільна програма, програма іпотерапії, релігійна або інша схвалена організація. Поки дорога вам людина відвідує заняття, ви отримуєте перерву — це і буде перепочинок!

Ви можете знайти постачальників, перевірених мережею, на веб-сайті respite.ne.gov. Натисніть на кнопку «Read more» (Читати далі), щоб перейти до навігації в Respite Provider Match або NRRS Respite Search, які допоможуть знайти постачальника послуг у вашому регіоні.