

PROGRAMME LIFESPAN RESPITE SUBSIDY**Demande de financement pour circonstances exceptionnelles, y compris le répit en cas de crise****SECTION 1: Informations sur le Client (Personne ayant des besoins particuliers nécessitant des soins continus.)**

Nom du Client :	Âge :	ID du Client :	Téléphone du Client :
Nom de l'Aidant naturel :		Adresse électronique de l'aidant naturel :	
Adresse postale du Client : <input type="checkbox"/> Vérifiez si l'adresse a changé depuis la dernière demande.		Ville :	État : Zip :
Cochez toutes les cases applicables :			
<input type="checkbox"/> Événement imprévu mettant en péril la santé et la sécurité du Client			
<input type="checkbox"/> Événement imprévu mettant en péril la santé et la sécurité de l'Aidant familial			
<input type="checkbox"/> Absence immédiate et inévitable de l'aidant naturel pendant plus de 4 heures lorsqu'un aidant qualifié n'est pas disponible			
<input type="checkbox"/> Crise de santé de l'aidant naturel <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Mentale <input type="checkbox"/> Émotionnelle		<input type="checkbox"/> Le client a des besoins de soins exceptionnellement élevés nécessitant une supervision <input type="checkbox"/> Santé médicale / physique <input type="checkbox"/> Besoins comportementaux et/ou émotionnels <input type="checkbox"/> Sécurité personnelle <input type="checkbox"/> de soi-même ou <input type="checkbox"/> d'autrui	

Expliquez :

Au cours des 30 à 45 prochains jours, envisagez-vous : <input type="checkbox"/> Un placement en maison de retraite assistée / en établissement de soins Infirmiers ? <input type="checkbox"/> Un placement en famille d'accueil / foyer de groupe ? <input type="checkbox"/> Une prise en charge par un membre de la famille élargie ? <i>Expliquez :</i>	Dans quelle mesure êtes-vous « stressé(e) » par les soins prodigués au client : <input type="checkbox"/> Pas du tout stressé(e) <input type="checkbox"/> Légèrement stressé(e) <input type="checkbox"/> Moyennement stressé(e) <input type="checkbox"/> Très stressé(e) <input type="checkbox"/> Extrêmement stressé(e)
---	--

Comment le fait de prendre de courtes pauses pourrait-il vous AIDER, vous et la personne dont vous vous occupez ? Expliquez :

SECTION 2 : Plan du service de répit

1. Quels sont vos besoins immédiats en matière de répit ?
 - a. Des aides mensuelles supplémentaires sont nécessaires en raison de :
 - Événement spécial
 - i. Besoins de l'aidant: (interruption pour cause de besoin exceptionnel, soins médicaux, vacances, etc.)
 - ii. Camp (le bénéficiaire assiste à un camp spécifiquement programmé, à un événement CBO, à une activité ou un événement d'une Agence Communautaire ou d'un prestataire, etc.)
 - iii. Besoin accru du bénéficiaire des soins (besoin accru de soutien médical, chirurgie/procédure médicale, augmentation du besoin de soutien comportemental, etc.)
 - Crise immédiate à court terme
 - i. Maladie dans la famille qui nécessite le soutien de l'aidant ou l'aidant a besoin d'un soutien supplémentaire en raison de la maladie.
 - ii. Absence imprévue, immédiate ou inévitable de l'aidant naturel pour une période prolongée, lorsqu'un aidant qualifié n'est pas disponible.

2 En cas d'approbation, comment prévoyez-vous d'utiliser l'aide supplémentaire ? Veuillez fournir ci-dessous un aperçu de la manière dont les fonds demandés seront utilisés.

Fonds supplémentaires nécessaires mensuellement (si le montant spécifié est fourni pour les heures nécessaires/camp/événement de répit) :

Utilisation des fonds pour un besoin spécifique (décrire le besoin spécifique auquel les fonds seront affectés) :

Mois nécessaire(s) :

Avez-vous besoin d'aide pour trouver un prestataire ? Oui Non

Veuillez consulter le site respite.ne.gov ou appeler le 1-866-RESPITE pour contacter un coordinateur local du Respite Network qui vous aidera à trouver un Prestataire de services de répit.

Nom du/des prestataire(s) qui vous accordera(ont) une pause temporaire :

Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Si les fonds ne sont pas utilisés comme indiqué ci-dessus, le coordonnateur des services de répit et l'assistant social devront en être informés. Les fonds peuvent être examinés, au cas par cas, pour être placés en banque afin d'être utilisés à un autre moment pendant la période d'éligibilité. Cela n'a lieu qu'après examen et approbation par le département.

SECTION 3: Emploi

Au cours des six derniers mois, un ou plusieurs aidants naturels ont-ils dû manquer de travail en raison de responsabilités de soins familiaux non rémunérées ?

Oui Non L'aidant principal n'a pas d'emploi

Si oui, pendant combien de jours avez-vous été absent(e) ?

SECTION 4: Accord et signature

Je comprends que mes déclarations peuvent être vérifiées et que, si j'ai fait de fausses déclarations ou donné de fausses informations, je peux être reconnu(e) coupable de fraude.

Je comprends qu'en cas de changement dans les informations que j'ai fournies, je dois immédiatement le signaler au Coordinateur du Programme Respite Subsidy du Département de la Santé et des Services sociaux du Nebraska.

Je comprends que si je pense que ma demande n'a pas été traitée correctement, j'ai le droit d'introduire un recours.

Je comprends que le Département de la Santé et des Services sociaux du Nebraska peut avoir besoin de contacter d'autres agences et individus pour déterminer mon éligibilité financière et vérifier mon besoin de soutien pour lequel je postule, ou pour faire des recommandations pour m'aider à obtenir des services. J'autorise la divulgation de ces informations confidentielles.

Je certifie par la présente que ma réponse et les informations fournies sur ce formulaire et toute demande de prestations publiques associée sont vraies, complètes et exactes, et je comprends que ces informations peuvent être utilisées pour vérifier ma présence légale aux États-Unis.

Signature du Représentant autorisé :

Date :

SECTION 5 : Référence

Nom / Titre :	Organisation / Agence ou Relation avec le Client :	
Adresse :	Ville :	État :
Téléphone:	Courriel :	

Envoyer le dossier de demande complet à :**Courriel :** dhhs.respite@nebraska.gov**Courrier :** Département de la Santé et des Services Sociaux du Nebraska
Département de la Santé et des Services Sociaux du Nebraska
CFS, Aide économique - Lifespan Respite Subsidy
Boîte postale 98933
Lincoln, NE 68509-8933**Fax :** (402) 742-8356**Questions :** (402) 471-9188