

Département de la Santé et des Services sociaux du Nebraska
**Formulaire de demande Individuelle pour les prestataires
 de services de répit**

Réservé à l'usage du Bureau

Date de réception : ___/___/___

Vérifications d'antécédents réalisées : ___/___/___

Date d'entrée : ___/___/___

 Première demande Mise à jour annuelle

À renvoyer à :

Nom légal complet du demandeur :

Adresse du domicile :

Ville, État, code postal :

Adresse postale (si différente) :

Ville, État, code postal :

Téléphone fixe ou portable :

Courriel :

Pouvons-nous vous contacter par courriel ?

 Oui Non

Pouvons-nous vous contacter par SMS ?

 Oui Non

Nom de jeune fille ou autres noms utilisés :

Date de naissance :

Cochez les cases correspondant aux horaires disponibles:**LUNDI****MARDI****MERCREDI****JEUDI****VENDREDI****SAMEDI****DIMANCHE****JOURNÉE****SOIRÉE****NUIT****PÉRIODES PROLONGÉES****RÉPIT EN CAS D'URGENCE/DE CRISE**

Êtes-vous disposé(e) à vous déplacer pour fournir des services de répit ou pour transporter le bénéficiaire des soins à des activités prévues, etc. ? Oui Non

Si oui, distance maximale par rapport à votre adresse : 10 miles 25 miles 50 miles plus de 50 miles

Villes/comtés desservis : _____

Veillez cocher les types de soins que vous êtes prêt à fournir :

Accompagnateur non-qualifié Soins infirmiers professionnels

Veillez cocher la case correspondant à l'endroit où vous êtes disposé(e) à fournir des services de répit :

Domicile du bénéficiaire des soins Domicile du prestataire Milieu communautaire

Veillez cocher les Activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living (ADLS)) avec lesquelles vous souhaitez travailler :

Toilette Bain Alimentation Nettoyage

Mobilité Habillage Transfert

Veillez cocher les déficiences émotionnelles et comportementales avec lesquelles vous souhaitez travailler :

Trouble du déficit de l'attention (Attention Deficit Disorder (ADD))/ Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD)) Hyperactivité Trouble réactionnel de l'attachement

Troubles mentaux

Auto-agressivité

Trouble oppositionnel avec provocation

Crises de colère

Aggressivité physique

Errance

Anxiété

Dépression

Syndrome d'alcoolisation fœtale

Veillez cocher les déficiences médicales et de santé et/ou les handicaps spécifiques avec lesquels vous souhaitez travailler:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALS/Maladie de Lou Gehrig | <input type="checkbox"/> Infirmité motrice cérébrale | <input type="checkbox"/> Troubles épileptiques |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer/Démence | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Allergies graves |
| <input type="checkbox"/> Autisme/Trouble du spectre autistique | <input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation | <input type="checkbox"/> Retards de la parole et du langage |
| <input type="checkbox"/> Arthrite ou autres problèmes articulaires | <input type="checkbox"/> Déficiences auditives/Aides auditives | <input type="checkbox"/> Moelle épinière |
| <input type="checkbox"/> Problèmes sanguins, tels que l'anémie ou la drépanocytose | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Syndrome de la personne raide |
| <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires tels que l'asthme, la COPD ou la fibrose kystique | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle/Retard de développement | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Trachéotomie |
| <input type="checkbox"/> Soins par cathéter | <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire | <input type="checkbox"/> Lésions cérébrales traumatiques |
| | <input type="checkbox"/> Paraplégie/Quadriplégie | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle |
| | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | |

Veillez cocher les âges avec lesquels vous êtes prêt à travailler (cochez toutes les cases convenables) :

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0-2 ans | <input type="checkbox"/> 19-35 ans | <input type="checkbox"/> 65-74 ans | <input type="checkbox"/> Tous les âges |
| <input type="checkbox"/> 3-5 ans | <input type="checkbox"/> 36-50 ans | <input type="checkbox"/> 75-84 ans | |
| <input type="checkbox"/> 6-18 ans | <input type="checkbox"/> 51-64 ans | <input type="checkbox"/> 85 ans et plus | |

Langue(s) parlée(s) (cochez toutes les cases convenables) :

- Anglais Espagnol Autre (veuillez préciser)

Comment avez-vous entendu parler du Nebraska Lifespan Respite Network ? (cocher toutes les cases convenables)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Présentation | <input type="checkbox"/> Brochure/Affiche | <input type="checkbox"/> Ami/Membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> Journal | <input type="checkbox"/> Bulletin d'Information | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> TV/Câble/Radio (veuillez encercler) | <input type="checkbox"/> Recommandation | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

J'autorise l'inclusion de mes informations sur le site officiel du gouvernement du Nebraska, système de ressources et d'orientation du Nebraska (NRRS) Liste des fournisseurs de services de répit. Si vous cochez la case « NON », vos informations resteront confidentielles jusqu'à la fin de l'année.

Système en ligne sécurisé du Nebraska Lifespan Respite Network. Oui Non

Normes des prestataires du Nebraska Lifespan Respite Network :

En signant cette demande, le Demandeur comprend qu'en tant que condition pour postuler en tant que fournisseur agréé par le Lifespan Respite Network, la conformité avec les Normes applicables est requise :

1. Assurez-vous que le fournisseur individuel, âgé de 14 ans ou plus s'il fournit des soins de répit, ou le personnel de l'agence ayant un contact direct avec le bénéficiaire des soins, a été autorisé par le DHHS Child Abuse/Neglect Central Registry, le DHHS Adult Protective Services Central Registry, le State Patrol Sexual Offenders Registry et le Service de vérification des antécédents criminels de la Police de l'État. L'Agence demanderesse conserve les résultats de ces vérifications dans les dossiers du personnel de l'employé et les rendra disponibles au Département.
2. L'Agence prestataire est agréée et/ou certifiée comme l'exige la législation de l'État.
3. Fournir des services de répit en tant qu'entrepreneur indépendant, en reconnaissant que le prestataire n'est pas un employé du Département ou de l'État.
4. Respecter le droit à la confidentialité du bénéficiaire des soins et protéger les informations confidentielles.
5. Reconnaître la responsabilité de la sécurité et des biens du bénéficiaire des soins.
6. Avoir les connaissances, l'expérience et/ou les compétences nécessaires pour exécuter les tâches convenues afin de fournir des soins de répit en toute sécurité.
7. Garantir que toute suspicion de maltraitance ou de négligence sera immédiatement signalée aux forces de l'ordre et/ou au Service d'assistance téléphonique pour les cas de maltraitance et de négligence (1-800-652-1999).
8. Conformément au Titre 464 NAC 1.019.01 RELATIF À LA DISCRÉTION DU DÉPARTEMENT. Le Département se réserve le droit de refuser le paiement au prestataire choisi par le bénéficiaire dans les circonstances suivantes :
 - a. Le prestataire se livre à une facturation frauduleuse ;
 - b. Le prestataire a commis des fraudes dans d'autres programmes du Département ;
 - c. Le prestataire a été condamné pour abus ou négligence à l'égard d'un adulte ou d'un enfant vulnérable ;
 - d. Le prestataire a été condamné pour un crime violent ;
 - e. Le prestataire a été condamné pour pornographie infantine ;
 - f. Le prestataire a été condamné pour violence domestique ou agression ;
 - g. Le prestataire a été condamné pour vol à l'étalage après l'âge de 19 ans et au cours des trois dernières années ;
 - h. Le prestataire a été condamné pour fraude au cours des 10 dernières années ;
 - i. Le prestataire a été condamné pour fraude au cours des cinq dernières années ;
 - j. Le prestataire a été condamné pour possession de substances contrôlées au cours des 10 dernières années ;
 - k. Le prestataire a été condamné pour fabrication d'une substance réglementée au cours des 10 dernières années ;
 - l. Le prestataire a été condamné pour prostitution ou sollicitation de prostitution au cours des cinq dernières années ;
 - m. Le prestataire a été condamné pour vol ou cambriolage au cours des 10 dernières années ;
 - n. Le prestataire a été condamné pour viol ou agression sexuelle ;
 - o. Le prestataire est inscrit ou doit être inscrit dans un registre ou un répertoire national ou de l'État des délinquants sexuels ;
 - p. Le prestataire a été condamné pour un crime contre un enfant ou un adulte vulnérable ;
 - q. Le prestataire a été condamné pour enlèvement ;
 - r. Le prestataire a été condamné pour cruauté, maltraitance ou négligence envers les animaux ;
 - s. Le prestataire a été condamné pour incendie criminel ;
 - t. Le prestataire a été condamné pour conduite en état d'ivresse au cours des cinq dernières années ;
 - u. Le prestataire a fait l'objet d'au moins deux inculpations pour conduite en état d'ivresse ; ou
 - v. Le prestataire a fait l'objet de condamnations pour tout autre délit mettant en péril la sécurité d'un enfant ou d'un adulte vulnérable.

Je certifie avoir lu et compris les normes énoncées et référencées ci-dessus et j'accepte de me conformer à toutes les normes applicable aux prestataires.

Si vous fournissez des services de répit à votre domicile les informations suivantes doivent être complétées et signées par toute personne âgée de 19 ans ou plus vivant dans le ménage, même si elle ne demande pas à fournir des services de répit. Si vous fournissez des services de répit en dehors de votre domicile, seul le demandeur doit remplir et signer le formulaire. Veuillez joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Veuillez joindre une copie de votre permis de conduire ou d'une pièce d'identité avec photo délivrée par le Gouvernement pour votre dossier en tant que prestataire.

_____ Signature du Demandeur	_____ Nom en lettre d'imprimerie	____/____/____ Date (Mois, Jour, Année)
_____ Membre du Ménage	_____ Signature Nom en lettre d'imprimerie	____/____/____ Date (Mois, Jour, Année)
_____ Signature du Membre du Ménage	_____ Nom en lettres d'imprimerie (Mois, Jour, Année)	____/____/____

Comment soumettre votre demande

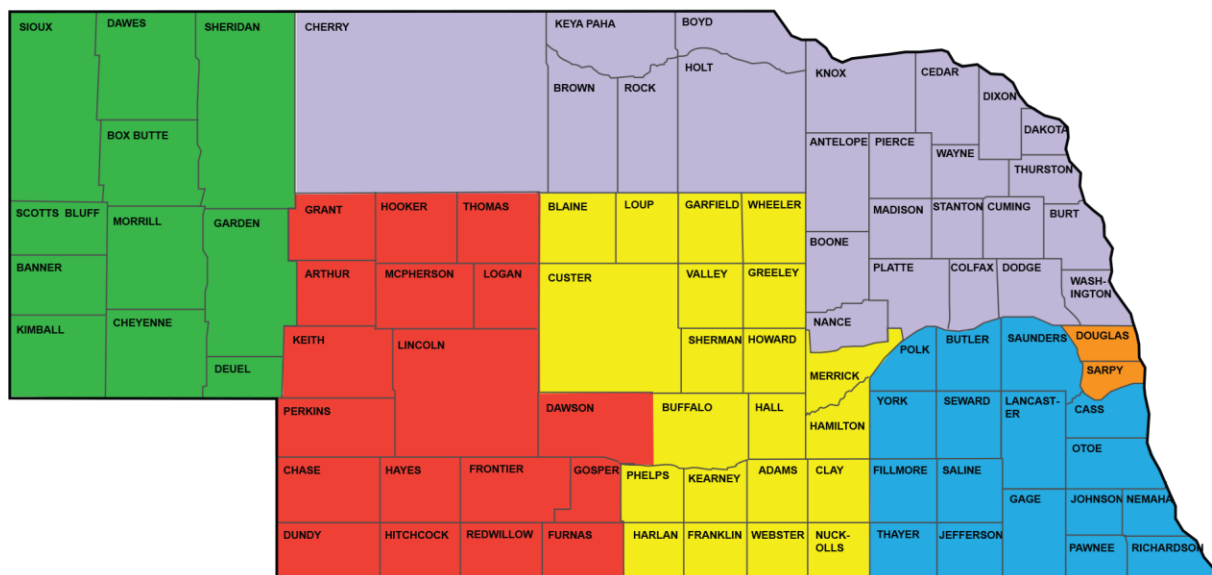
À chaque région du Nebraska correspond une adresse postale distincte. Utilisez la carte ci-dessous pour localiser le comté dans lequel vous vivez et envoyez ce document papier complet à un coordinateur de services de répit de votre région, dont la liste figure ci-dessous. Pour déposer vos demandes par voie électronique, veuillez joindre le formulaire de demande dans un courrier électronique à votre coordinateur régional local ci-dessous.

Département de la Santé et des Services sociaux du Nebraska Nebraska Lifespan Respite Network

dhhs.ne.gov/respite respite.ne.gov

Hanna Quiring Coordinatrice du programme
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program et
Disabled Persons & Family Support Program
Nebraska State TSB Building, 1410 M St.
Boîte postale 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(531) 530-7011
hanna.quiring@nebraska.gov

Jan Drewel, Agent des Services sociaux
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program et
Disabled Persons & Family Support Program
Boîte postale 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188
dhhs.respite@nebraska.gov



Zone de Service Ouest (Local Respite Network)
Partenariat pour la santé et les services sociaux de la région de Panhandle
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

Zone de Service du Sud-Ouest (Local Respite Network)
Service de santé publique du sud-ouest de l'État de New York
McCook, NE
(308) 345-4990 respite@swhealth.ne.gov

Zone de Service est (Local Respite Network)
The Munroe-Meyer Institute UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespite@unmc.edu

Zone de service sud-est (Local Respite Network)
(531) 530-7011 dhhs.respite@nebraska.gov

Zone de Service du Nord (Local Respite Network)
Institut Munroe-Meyer UNMC
Omaha, NE
(402) 577-0533 northrespite@unmc.edu

Zone de service centrale (Local Respite Network)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respite@irnebraska.org

Engagement des employeurs
Kim Falk, Coordinatrice principale des Services de répit
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmc.edu

UNL-CCFL (Center on Children, Families & the Law)
Charlie Lewis, Directeur de projet
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
Jessie Cook, Spécialiste des projets Web
402-472-9827 jessica.cook@unl.edu