

**DOCUMENT DE FACTURATION**  
**Lifespan Respite Services Program**

Nom du Client :		ID du Client :	Numéro de téléphone :	
Nom du représentant autorisé (principal aidant familial) :		Adresse électronique du client :		
Adresse postale du client : <input type="checkbox"/> Cochez si l'adresse a changé depuis le dernier paiement		Ville :	État :	Zip :

Prestataire : (personne, entreprise ou organisation fournissant des soins de répit)		Adresse électronique du prestataire :		Numéro de téléphone :	
Adresse postale du prestataire : <input type="checkbox"/> Cochez si l'adresse a changé depuis le dernier paiement		Ville :	État :	Zip :	

Bénéficiaire : (nom de la personne à payer)	Numéro d'identification du bénéficiaire : (numéro figurant sur le talon de chèque ou sur l'avis de virement ETF)	S'il s'agit d'un NOUVEAU bénéficiaire, un numéro de sécurité sociale ou un numéro d'identification fiscale fédérale est requis :
La personne à payer est le : (cocher une case) <input type="checkbox"/> Le prestataire <input type="checkbox"/> Le parent <input type="checkbox"/> Le tuteur légal <input type="checkbox"/> Représentant autorisé <input type="checkbox"/> Client		

INSTRUCTIONS : soumettre un document de facturation par mois pour chaque prestataire.

**Le document de facturation doit être soumis pour un mois donné dans les 60 jours suivant la date à laquelle le service a été fourni, faute de quoi le service ne sera pas payé. Tous les champs doivent être remplis, faute de quoi le formulaire sera renvoyé et le paiement retardé.**

<u>MOIS/ANNÉE DE FACTURATION</u>	<u>JOUR</u> (Un jour par ligne)	Indiquez le nombre d'heures après chaque date de service :	Montant facturé par heure ou par jour :	Montant total par ligne :

Cochez si le financement pour circonstances exceptionnelles est inclus.

**TOTAL FACTURÉ :**

Cochez si vous ajoutez d'autres dates sur une feuille séparée.

\* Je certifie en signant ci-dessous que les heures/dates ci-dessus sont correctes. Je comprends que les demandes frauduleuses peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires.

Signature du prestataire :	Le prestataire est un membre de la famille : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date : (avant/pendant la signature du client/représentant autorisé)
Signature du représentant autorisé :		Date : (le/après la dernière date de service)

**Le document de facturation doit être signé le ou après la dernière date de service par le prestataire et le représentant autorisé. Le document de facturation sera renvoyé si le prestataire signe et date après le client/représentant autorisé.**

<p>Soumettre le document de facturation complété et signé à : <b><u>DHHS.CFS22@nebraska.gov</u></b> (Recommandé pour un paiement plus rapide)</p>	OU	<p><b>DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX</b> Lifespan Respite Services Program Boîte postale 98933 Lincoln, NE 68509-8933</p>
---	----	--

# Lifespan Respite Services Program

## INSTRUCTIONS SUR DOCUMENT DE FACTURATION (formulaire CFS-22-A)

1. Soumettre le document de facturation de Lifespan Respite Subsidy dûment rempli et signé par voie électronique à l'adresse suivante [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov). Cette méthode permet d'obtenir le délai le plus rapide. Le paiement prend plus de temps, mais vous pouvez l'envoyer par courrier vers : DHHS, Lifespan Respite Services Program, Boîte postale 98933, Lincoln, NE 68509-8933.
2. Veuillez remplir tous les champs. Les formulaires incomplets seront renvoyés pour correction, ce qui ralentit le paiement au bénéficiaire. Si vous n'êtes pas sûr de savoir comment remplir une partie du document de facturation, contactez votre Coordinateur local de services de répit.
3. Vous pouvez envoyer le formulaire à votre Coordinateur local de services de répit pour qu'il le révise avant de le soumettre à Lincoln.

### Contactez votre Coordinateur local pour en savoir plus :

#### ■ La zone occidentale

(308) 432-8190

[specialprojects@wchr.net](mailto:specialprojects@wchr.net)

#### ■ Zone Sud-Ouest

(308) 345-4990

[respites@swhealth.ne.gov](mailto:respites@swhealth.ne.gov)

#### ■ Zone centrale

(402) 309-4344

[respites@irnebraska.org](mailto:respites@irnebraska.org)

#### ■ Zone Nord

(402) 836-9665

[northrespites@unmc.edu](mailto:northrespites@unmc.edu)

#### ■ Sud-Est

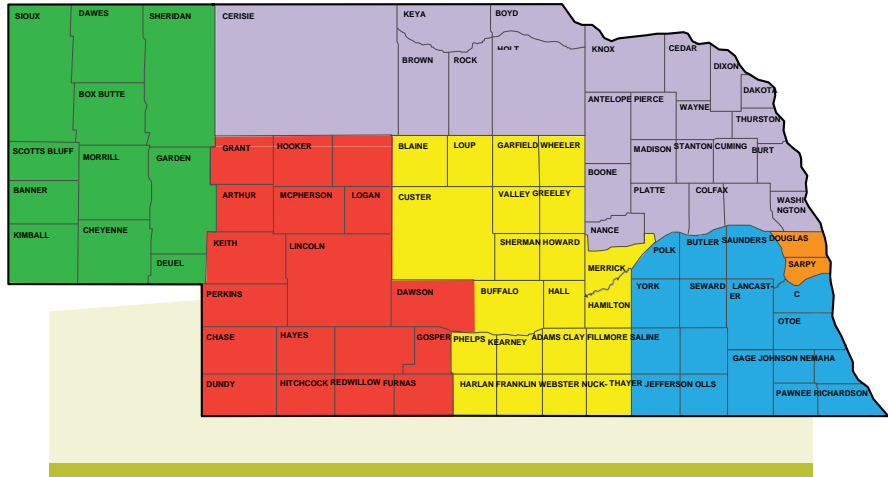
(402) 540-3579

[respitesesa@irnebraska.org](mailto:respitesesa@irnebraska.org)

#### ■ L'Europe de l'Est

(402) 559-5732

[eastrespites@unmc.edu](mailto:eastrespites@unmc.edu)



4. **Nom du client** - Le client est le bénéficiaire des soins ou la personne ayant des besoins particuliers nécessitant des soins continus.
5. **ID du client** - L'ID du client a été envoyé avec l'avis d'approbation de la subvention initiale (et du renouvellement) du programme Lifespan Respite Subsidy. Appelez votre Coordinateur de services de répit en cas de besoin.
6. **Nom du représentant autorisé** - Il s'agit du principal responsable de la famille (parent, conjoint, grand-parent, enfant adulte ou tuteur légal). Il s'agit généralement de l'aidant familial principal.
7. **L'adresse électronique du client (ou de l'aidant familial principal/représentant autorisé)** - Le moyen le plus rapide pour le DHHS ou le coordonnateur des services de répit pour vous faire savoir que quelque chose doit être corrigé sur votre document de facturation est l'envoi d'un e-mail. Surveillez les e-mails provenant de [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov). Il s'agit d'une adresse électronique officielle du DHHS. Vous pouvez également autoriser le DHHS ou le coordonnateur des services de répit à communiquer avec vous par message texte.
8. **Adresse postale du client** - Assurez-vous d'inscrire l'adresse postale complète sur chaque document de facturation des services de répit. En cas de changement d'adresse, cochez la case correspondante sur le document de facturation. N'oubliez pas que le paiement des frais de répit par dépôt direct est le plus rapide. Si vous avez besoin d'aide pour le mettre en place, adressez-vous au Coordinateur des services de répit.
9. **Prestataire** - Il s'agit de la personne ou de l'organisme qui s'occupe du membre de votre famille pendant que vous avez recourus à des services de répit.
10. **Adresse électronique du prestataire** - Si le prestataire a une adresse électronique, il est important de la mentionner ici. S'ils n'en ont pas, le DHHS et le coordonnateur de services de répit communiqueront par courrier postal américain (US Postal Service). Surveillez les courriels de [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov). Il s'agit d'une adresse électronique officielle du DHHS. Le prestataire peut également autoriser le DHHS ou le coordonnateur des services de répit à communiquer avec vous par message texte.
11. **Adresse postale du prestataire** - Veillez à indiquer l'adresse postale complète du prestataire sur chaque document de facturation de services de répit. En cas de changement d'adresse, cochez la case correspondante sur le document de facturation. N'oubliez pas que le paiement des frais de répit par dépôt direct est le plus rapide. Contactez votre Coordinateur de services de répit si vous avez besoin d'aide pour mettre en place le dépôt direct.
12. **Bénéficiaire** - Nom de la personne à payer. Il s'agit soit de l'aidant (en tant que remboursement des soins de répit payés de sa poche), soit du prestataire de services de répit.

### Qui fournit des services de répit ?

Il existe une certaine flexibilité dans la recherche de prestataires de services. Votre coordinateur local du répit peut vous aider à trouver un prestataire approuvé par le réseau dans votre région. Vous pouvez peut-être faire appel à des membres de votre famille, à des amis ou à des voisins en tant que prestataires de services rémunérés. D'autres possibilités sont : des organisations, des camps, une agence de confiance, une organisation ou un groupe local dirigé par des bénévoles, un programme scolaire dirigé par des bénévoles, un programme équestre, des activités religieuses ou d'autres activités approuvées. Pendant que votre proche participe à une activité, vous bénéficiez d'une pause — et c'est précisément ce qu'est le répit !

Vous pouvez trouver des prestataires de répit approuvés par le réseau sur : [respites.ne.gov](http://respites.ne.gov). Cliquez sur « Read More (Lire davantage) » pour accéder à la Correspondance des prestataires de répit ou à la Recherche de répit NRRS pour vous aider à localiser un fournisseur dans votre région.