

DEMANDE DE SUBVENTION POUR LE PROGRAMME DE RÉPIT DE LA DURÉE DE VIE

(Voir les instructions. Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : appelez le 1-866-737-7483 pour parler à un Coordonnateur local du réseau de répit. Avez-vous besoin d'un interprète ? Oui Non Si oui, quelle langue parlez-vous ? _____)

Section 1 : INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE DES SOINS*(Personne ayant des besoins particuliers nécessitant des soins continus.)*

Joindre les documents justifiant la demande de répit (par exemple, une lettre d'un thérapeute ou d'un prestataire de soins de santé, des rapports médicaux actuels ou un IEP).

Nom du bénéficiaire des soins :	Date de naissance :	Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
---------------------------------	---------------------	--

Conditions de vie :	Numéro de sécurité sociale :
<input type="checkbox"/> Avec l'aidant au domicile du bénéficiaire des soins <input type="checkbox"/> Avec l'aidant au domicile de l'aidant <input type="checkbox"/> Avec un autre membre de la famille ou un ami <input type="checkbox"/> Vit seul	

Nationalité du bénéficiaire des soins :
<input type="checkbox"/> Citoyen des États-Unis OU <input type="checkbox"/> Je suis un étranger qualifié en vertu de la Loi fédérale sur l'immigration et la nationalité.

Adresse postale :

Ville :	État :	Code postal :	Comté :
---------	--------	---------------	---------

Le Bénéficiaire des soins a-t-il besoin d'aide pour des activités d'autosoins ?

Bain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Toilette <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nettoyage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Habillage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Transferts <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mobilité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Manger <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Marcher <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Cochez tous les besoins du bénéficiaire des soins qui nécessitent une supervision :

<input type="checkbox"/> Trouble cognitif ou démence	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles dues au vieillissement	<input type="checkbox"/> Handicap physique
<input type="checkbox"/> Difficultés comportementales	<input type="checkbox"/> Troubles de l'apprentissage	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Handicap de développement et/ou intellectuel	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	

Décrivez les besoins particuliers du bénéficiaire des soins, comme les routines de soins quotidiens qui nécessitent une aide supplémentaire : *(Réponse requise)*

Risque élevé de placement en dehors du domicile/en établissement (comme une maison de retraite, un foyer d'accueil, une institution de santé mentale, un foyer de groupe : Oui Non

Section 2 : INFORMATIONS SUR LE PRINCIPAL AIDANT *(parent, conjoint, autre membre de la famille ou ami assurant la prise en charge permanente).*

Nom du Représentant autorisé : (Aidant familial principal)	Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Âge : <input type="checkbox"/> 18 et moins <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
--	--	--

La personne soignante est :

<input type="checkbox"/> Parent adoptif	<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Tuteur légal	<input type="checkbox"/> Partenaire
<input type="checkbox"/> Parent biologique	<input type="checkbox"/> Parent d'accueil	<input type="checkbox"/> Frère ou sœur	<input type="checkbox"/> Procureur <input type="checkbox"/> Fille/Fils
<input type="checkbox"/> Grand-parent	<input type="checkbox"/> Conjoint		

Numéro de téléphone fixe :	Numéro de téléphone portable :	Consentement à l'envoi de SMS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Opérateur de téléphonie mobile :
----------------------------	--------------------------------	--

Consentement à être contacté par e-mail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E-mail de l'aidant :
---	----------------------

Préférez-vous communiquer par : <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> E-mail et Texte <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Courrier et Texte

DEMANDE DE SUBVENTION POUR LE PROGRAMME DE RÉPIT DE LA DURÉE DE VIE

(Voir les instructions. Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : appelez le 1-866-737-7483 pour parler à un Coordonnateur local du réseau de répit

Temps consacré à la prise en charge des personnes dépendantes chaque semaine :

- 5 à 10 heures 11 à 20 heures 21 à 35 heures
 Temps plein 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

État de santé de l'Aidant au moment de la demande (cocher une case) :

- Bonne Passable Handicapée Critique

Aidant employé :

- Temps Plein Temps Partiel Sans emploi ou retraité

Dans quelle mesure êtes-vous « stressé » par les soins prodigués à la personne soignée ?

- Pas du tout stressé Légèrement stressé
 Moyennement stress très stressé
 Extrêmement stressé

Au cours des six derniers mois, un ou plusieurs aidants familiaux ont-ils dû s'absenter du travail en raison de responsabilités familiales non rémunérées ? Oui Non L'aidant principal n'a pas d'emploi

Si oui, combien de jours avez-vous manqué ?

Lifespan Respite ne fournira des services de répit qu'aux personnes qui ne reçoivent pas de services de répit ou qui ne sont pas admissibles à d'autres services de répit dans le cadre d'un autre programme gouvernemental.

Le bénéficiaire des soins reçoit-il actuellement des services de répit ou est-il admissible à d'autres services de répit dans le cadre d'un autre programme gouvernemental ? Oui Non

Informations militaires :

Un membre du ménage est-il actuellement actif ou réserviste dans une branche quelconque de l'armée des États-Unis ? Oui Non

Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez servi dans une branche quelconque de l'armée ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations ci-dessous pour cette (ces) personne(s).

Nom de la personne dans l'armée ou du conjoint ou de l'enfant d'un vétéran :	Il/Elle est un(e) :
	<input type="checkbox"/> Ancien combattant <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Conjoint d'un ancien combattant <input type="checkbox"/> Réserve <input type="checkbox"/> Enfant d'un ancien combattant (18 ans ou moins)
	<input type="checkbox"/> Ancien combattant <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Conjoint d'un ancien combattant <input type="checkbox"/> Réserve <input type="checkbox"/> Enfant d'un ancien combattant (18 ans ou moins)
	<input type="checkbox"/> Ancien combattant <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Conjoint d'un ancien combattant <input type="checkbox"/> Réserve <input type="checkbox"/> Enfant d'un ancien combattant (18 ans ou moins)

Section 3 : CONDITIONS DE VIE (Énumérez toutes les personnes qui vivent dans le ménage du bénéficiaire des soins) :

Nom :	Date de naissance :	Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins :

(Si le bénéficiaire des soins reçoit des allocations dans le cadre des programmes SNAP ou MEDICAID NON-MAGI, passez à la Section 7)

Le bénéficiaire de la prise en charge, âgé de 18 ans ou moins, a-t-il un parent qui vit en dehors du foyer : Oui Non

DEMANDE DE SUBVENTION POUR LE PROGRAMME DE RÉPIT DE LA DURÉE DE VIE

(Voir les instructions. Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : appelez le 1-866-737-7483 pour parler à un Coordonnateur local du réseau de répit

Section 4 : RESSOURCES/BIENS

Est-ce que vous ou une personne du foyer avez l'un des éléments suivants : Oui Non Si oui, cochez toutes les cases qui s'appliquent et dressez la liste des ressources/biens dans le tableau ci-dessous.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Liquidité | <input type="checkbox"/> 401(K) | <input type="checkbox"/> Comptes d'éducation |
| <input type="checkbox"/> Comptes de chèques et d'épargne | <input type="checkbox"/> Autres ressources | <input type="checkbox"/> Biens (terrains, maisons) |
| <input type="checkbox"/> Certificats de dépôt (CD) | <input type="checkbox"/> Comptes de retraite | <input type="checkbox"/> Fiducies funéraires |
| <input type="checkbox"/> Fonds communs | <input type="checkbox"/> Actions/Obligations | <input type="checkbox"/> Dispositions relatives à l'enterrement |
| <input type="checkbox"/> Héritage | <input type="checkbox"/> Rentes | <input type="checkbox"/> Fiducies |

Nom(s) sur le compte :	Ce qu'ils ont :	Montant en compte :	Nom(s) sur le compte :	Ce qu'ils ont :	Montant en compte :

Section 5 : REVENUS (Indiquez tous les revenus bruts (avant déductions). Pour les personnes ayant atteint l'âge de 19 ans, seuls les revenus du demandeur et de son conjoint seront indiqués. Pour les personnes âgées de moins de 19 ans, le revenu du demandeur et le revenu imposable du (des) parent(s) ayant la garde de l'enfant seront indiqués. 464 NAC 1.011.02(A)

Type de revenu :	Montant :	Quelle est la fréquence de réception ?	Qui le reçoit ?
<input type="checkbox"/> Salaires : <input type="checkbox"/> Travail indépendant : <i>(Les travailleurs indépendants doivent joindre une attestation de revenus de l'IRS)</i>			
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability Insurance (SSDI))			
<input type="checkbox"/> Retraite de la Sécurité sociale			
Type de revenu :	Montant :	Quelle est la fréquence de réception ?	Qui le reçoit ?
<input type="checkbox"/> Pension au titre de la Retraite SS : <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfants <input type="checkbox"/> Pension alimentaire :			
Autre :			

Section 6 : DÉPENSES LIÉES AU HANDICAP (Uniquement les frais non remboursés)

Liste des dépenses liées au handicap qui ne sont couvertes par aucune autre source et que le bénéficiaire des soins doit payer dans un délai d'un an. Exemples de dépenses : visites chez le médecin, ordonnances, produits pour l'incontinence des adultes, transport médical, fauteuils roulants, ascenseurs, prêts pour modifications architecturales. Il ne faut pas inclure les dépenses des autres membres de la famille :

Dépenses :	Coût :	Fréquence de l'intervention :

DEMANDE DE SUBVENTION POUR LE PROGRAMME DE RÉPIT DE LA DURÉE DE VIE

(Voir les instructions. Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : appelez le 1-866-737-7483 pour parler à un Coordonnateur local du réseau de répit

Section 7 : DEMOGRAPHIES FACULTATIVES

Ethnicité :	Race :
<input type="checkbox"/> Pas d'origine hispanique, latino ou espagnole	<input type="checkbox"/> Noir/Américain d'origine africaine
<input type="checkbox"/> Mexicain	<input type="checkbox"/> Blanc/Caucasien
<input type="checkbox"/> Portoricaine	<input type="checkbox"/> Asiatique
<input type="checkbox"/> Centraméricaine	<input type="checkbox"/> Indiens d'Amérique
<input type="checkbox"/> Cubaine	<input type="checkbox"/> Natifs d'Alaska
<input type="checkbox"/> Sud-Américaine	<input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï
<input type="checkbox"/> Hispanique, Latino ou Espagnole	<input type="checkbox"/> Autres Insulaires du Pacifique
<input type="checkbox"/> Autre/Inconnue	<input type="checkbox"/> Autre/Inconnu

SECTION 8 : 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 comprends que le versement des allocations peut être retardé si je n'ai pas fourni le numéro de sécurité sociale du bénéficiaire des soins.

Je reconnais que ma réponse et les informations fournies dans le présent formulaire et dans toute demande connexe d'allocations publiques sont véridiques, complètes et exactes et je reconnais que ces informations peuvent être utilisées pour vérifier ma présence légale aux États-Unis.

Signature du bénéficiaire des soins pour adultes ou de son Représentant autorisé :	Date :
--	--------

Signature de la personne qui aide à remplir la demande, le cas échéant :

Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins :	Téléphone de l'assistant :	Courriel de l'assistant :
--	----------------------------	---------------------------

Section 9 : SOURCE DE RÉFÉRENCE (Qui vous a parlé du programme)

Nom/Titre :	Organisation/agence ou relation avec le bénéficiaire des soins :	
Adresse :	Ville :	État :
Téléphone :	Courriel :	

 Envoyer le dossier de candidature et les pièces jointes à l'adresse suivante :

E-mail : (recommandé)	dhhs.respite@nebraska.gov	Courrier :	DHHS Programme de subvention pour le répit de la durée de vie, B. P. 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Télécopie :	(402) 742-8356		
Travailleur des services sociaux :	(402) 471-9188		
Coordinateur local des services de répit :	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

DEMANDE DE SUBVENTION POUR LE PROGRAMME DE RÉPIT DE LA DURÉE DE VIE

(Voir les instructions. Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : appelez le 1-866-737-7483 pour parler à un Coordonnateur local du réseau de répit

INSTRUCTIONS :

Instructions pour remplir le formulaire CFS-1400, « Demande de Subvention pour le Programme de répit » (Lifespan Respite Subsidy Program Application).

Utilisation : le formulaire CFS-1400 est utilisé pour déterminer l'admissibilité aux prestations du Programme de subvention pour l'aide à l'autonomie. Le personnel du Programme utilisera le formulaire pour recueillir les données nécessaires pour déterminer l'admissibilité aux services de répit. Il sert également à communiquer des informations lorsque des informations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'éligibilité. Ce programme finance des services de répit pour permettre à l'aidant principal de se reposer temporairement. **On entend par répit l'offre d'un soulagement à court terme aux aidants principaux, des exigences de la prise en charge continue d'une personne ayant des besoins particuliers.**

Les soins continus désignent la supervision/prise en charge continue et à temps plein d'une personne ayant des besoins particuliers. Référence du manuel DHHS 464 NAC 1.001.01, 464 NAC 1.009, et 464 NAC 1.010. Il n'est PAS destiné aux personnes qui bénéficient de services de répit dans le cadre d'un autre programme gouvernemental.

Achèvement : le personnel du Programme utilisera les données pour déterminer l'éligibilité. Des informations incomplètes peuvent retarder la détermination de l'éligibilité. La demande doit être signée et datée par le bénéficiaire adulte ou son représentant autorisé. **Section 1 : INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (Personne ayant des besoins particuliers nécessitant des soins continus à temps plein :**

Saisissez le nom, la date de naissance, le sexe, les conditions de vie, le numéro de sécurité sociale, le statut de citoyen, l'adresse, la ville, l'État, le code postal et le comté du Bénéficiaire des soins. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

 Joindre les documents justifiant la demande de répit (par exemple, une lettre d'un thérapeute ou d'un prestataire de soins de santé, des rapports médicaux actuels ou un IEP).

Risque élevé de placement en dehors du domicile/des soins en établissement : Cochez la case qui s'applique.

Section 2 : INFORMATIONS SUR LE PRINCIPAL RESPONSABLE (Parent, Conjoint, autre membre de la famille ou ami fournissant des soins continus) : Inscrivez le nom de l'intervenant. Cochez toutes les cases correspondant au sexe, à l'âge et au(x) rôle(s). Indiquez le(s) numéro(s) de téléphone pour le domicile, le portable et le travail

Consentement au texte : Cochez la case qui s'applique. Si oui, indiquez l'opérateur de votre téléphone portable.

E-mail : Cochez la case si le personnel du Programme peut vous contacter par e-mail. Saisissez une adresse e-mail.

Temps consacré aux soins Chaque semaine : Cochez la case qui s'applique.

Niveau de Stress : Cochez la case qui s'applique.

Préférence de communication : Cochez la case qui s'applique.

Santé de l'aidant : Cochez la case qui s'applique.

Statut professionnel : Cochez la case qui s'applique.

Travail manqué : Cochez la case qui s'applique. Indiquez le nombre de jours manqués.

Section 3 : CONDITIONS DE VIE : indiquez toutes les personnes qui vivent dans le ménage. Veillez à indiquer la date de naissance de chaque personne et son lien de parenté avec le Bénéficiaire des soins.

Si le bénéficiaire des soins reçoit Medicaid, SNAP, ADC, allocations d'invalidité de l'État ou l'AABD, passez à la section 7 (Données démographiques facultatives).

Section 4 : RESSOURCES/BIENS : * Le personnel du Programme peut vous demander de vérifier les ressources/les biens pour se conformer à la législation de l'État, aux exigences administratives définies et aux exigences d'audit pour démontrer l'éligibilité des besoins financiers du client à l'utilisation des fonds du programme. Le fait de ne pas répondre ou de fournir des informations incomplètes peut entraîner un retard dans la détermination de l'éligibilité.

Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Indiquer la ou les personnes dont les fonds sont contrôlés et le montant de chacun d'entre eux. Indiquez toutes les ressources liquides, y compris les liquidités, les comptes chèques et d'épargne, les certificats de dépôt, les actions, les obligations, les valeurs de rachat d'assurance-vie, les fonds IRA et les fonds Keogh, etc.

DEMANDE DE SUBVENTION POUR LE PROGRAMME DE RÉPIT DE LA DURÉE DE VIE

(Voir les instructions. Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : appelez le 1-866-737-7483 pour parler à un Coordonnateur local du réseau de répit

Section 5 : REVENUS : * Le personnel du Programme peut vous demander de vérifier les ressources/les biens pour se conformer à la législation de l'État, aux exigences administratives définies et aux exigences d'audit pour démontrer l'éligibilité des besoins financiers du client à l'utilisation des fonds du programme. Le fait de ne pas répondre ou de fournir des informations incomplètes peut entraîner un retard dans la détermination de l'éligibilité.

Utilisez plus de papier si vous n'avez pas assez de place pour vos réponses sur cette demande.

Salaires et/ou travail indépendant : Dressez la liste des salaires bruts actuels du ménage (avant impôts et déductions) ou du travail indépendant, en précisant le montant, la fréquence et la personne qui les perçoit.

Pension alimentaire pour enfants, prestation compensatoire : Indiquer le montant, la fréquence et le bénéficiaire.

Section 6 : DÉPENSES LIÉES AU HANDICAP : Dressez la liste de toutes les dépenses liées au handicap qui ont été payées pour le compte du bénéficiaire des soins au cours de l'année écoulée. Il est recommandé de ne pas inclure les montants couverts par une assurance ou un autre programme de prestations. Les informations énumérées ici seront prises en compte pour déterminer si la dépense peut être exclue du revenu. Cela doit inclure des éléments comme les dépenses pour les ordonnances, les aménagements du domicile, les couches pour les personnes de plus de 3 ans, etc.

Option : race et ethnicité : cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Section 7 : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES FACULTATIVES Indiquez la race et la catégorie ethnique du bénéficiaire des soins. Le titre VI de la Loi sur les Droits civils (Civil Rights Act) de 1964 autorise le Département à demander ces informations. Ces informations ne seront pas utilisées pour déterminer l'éligibilité au financement du programme. Si vous ne fournissez pas ces informations, cela n'affectera pas votre demande. Le Département demande ces informations pour s'assurer que les allocations sont distribuées sans distinction de race, de couleur, d'ethnie ou d'origine nationale.

Section 8 : ACCORD ET SIGNATURE : Le bénéficiaire des soins pour adultes ou son représentant autorisé doit signer la demande avant que le personnel du programme n'autorise les allocations. La personne qui aide à remplir la demande doit signer et indiquer son lien de parenté, la date, le numéro de téléphone et l'adresse e-mail.

Section 9 : SOURCE DE RÉFÉRENCE (Qui vous a parlé de ce programme ?) : Veuillez indiquer le nom, l'organisation/l'agence ou la relation avec le bénéficiaire des soins, ainsi que les coordonnées de la personne ou de l'entité qui vous a informé du Programme de subvention pour le répit de la durée de Vie.

Envoyer le dossier de candidature et les pièces jointes à l'adresse suivante :

E-mail : (recommandé)	dhhs.respite@nebraska.gov	Courrier :	DHHS Programme de subvention pour le répit de la durée de vie, B. P. 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Télécopie :	(402) 742-8356		
Travailleur des services sociaux :	(402) 471-9188		
Coordinateur local des services de répit :	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

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 : respite.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.