

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

SECTION 1: Client Information (Person with special needs requiring ongoing care.)

Magaca	Da'da:	ID Client:	Telefo:
Magaca daryeelaha	Daryeelaha Qoyska Email:		
Cinwaanka Boostada <input type="checkbox"/> Hubi in cinwaankan uu isbeddelay tan iyo markii ugu	Marka:	Dowla	Zip:

Hubi in ay khuseyso oo dhan in ay khuseyso:

- Dhacdo aan la qorsheyn oo halis gelineysa caafimaadka iyo badqabka macmiilka
 Dhacdo aan la qorsheyn oo khatar gelineysa caafimaadka iyo badqabka daryeelaha qoyska
 Maqnaanshaha degdegga ah ee aan laga badbaadi karin ee Daryeelaha Qoyska in ka badan 4 saacadood marka xanaaneeyaha aqoonta leh aan la heli karin

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Xannaaneeyaha qoyska ee dhibaataada caafimaadka
<input type="checkbox"/> Jirka
<input type="checkbox"/> Maskaxda
<input type="checkbox"/> Dareenka | <input type="checkbox"/> Macmiilku wuxuu leeyahay baahida daryeel sare oo gaar ah oo aad u sareysa si gaar ah uguna baahan yahay kormeer
<input type="checkbox"/> Medical / Physical Health
<input type="checkbox"/> Habdhaqanka iyo / ama Baahiyaha Dareenka
<input type="checkbox"/> Ammaanka Personal ee <input type="checkbox"/> Self ama <input type="checkbox"/> Dadka kale |
|--|--|

U sharax:

Maalmaha soo socda ee 30-45 ayaad ka fiirsaneysaa: <input type="checkbox"/> Gargaarka Noloshaha / Meeleynta Nursing <input type="checkbox"/> Xanaanada Dhaqdhaqaaqa / Meeleynta Kooxda Guriyeynta <input type="checkbox"/> Daryeelka Qoyska ee La Dheereeyey <i>U sharax:</i>	Sidee "diiqada" aad u tahay natiijada daryeelidda macmiilka: <input type="checkbox"/> haba yaraato ma diiqada <input type="checkbox"/> Xoogaa naxdinta leh <input type="checkbox"/> Si dhexdhexaad ah carrabka u saaray <input type="checkbox"/> Aad u yalbaxsan <input type="checkbox"/> Aad iyo aad u walaacsan
---	--

Sidee loo qaadan karaa fasaxyo gaaban **CAAWIMAAD** adiga iyo qofka aad daryeel siiso? U sharax:**SECTION 2: Respite Plan**

1. Waa maxay baahidaada respite ugu dhakhsaha badan?
 - a. Taageero joogista bil kasta oo dheeraad ah lagama maarmaanka u ah sabab u ah: _____
 Munaasabad gaar ah
 - i. Baahida daryeeleyaasha: (fasaxa sababtoo ah baahida gaarka ah, daryeel caafimaad, fasax, iwm.)
 - ii. Camp (qaataha daryeelka ayaa ka qeybgalaya xero si gaar ah loo qorsheeyay, dhacdo CBO, Hay'adda Bulshada / waxqabad bixiyaha / dhacdo, iwm.)
 - iii. Baahida loo qabo daryeelka oo kordhay (taageerada caafimaad ee la kordhiyay ee loo baahan yahay, qalliinka / nidaamka caafimaad, taageerada dabeecadda ee korodhka, iwm.)
 Dhibaataada waqtiyada gaaban ee degdega ah
 - i. Xanuunka qoyska dhexdiisa ah ee u baahan taageero daryeele ama daryeelaha ayaa u baahan taageero dheeraad ah oo jiran awgeed
 - ii. Xannaaneeyaha Qoysaska oo aan la qorsheynin oo aan laga maarmi karin muddo dheer marka aan la heli karin daryeele aqoon leh.

BARNAAMIJKA KAALMADA NUSPAN RESPITE

Codsiga Maalgelinta Xaaladaha Aan Caadi ahayn, oo ay ku jiraan Respite

2. Haddii la ansixiyo, sidee ayaad u qorsheyneysaa inaad isticmaasho taageerada joogsiga ee dheeraadka ah? Fadlan dul saar qoraal hoos ku xusan oo ku saabsan sida dhaqaalaha aad codsanayso looga faa'iideysanayo. Maalgelin dheeraad ah bil kasta loo baahan yahay (haddii xaddi cayiman la bixiyo saacadaha loo baahan yahay / camp / dhacdada joogsada):

Isticmaalka lacagaha loogu talagalay baahida gaarka ah (qeexida baahida gaarka ah ee ah in

lacagaha la dalban doono): Bil (s) loo baahan yahay:

Ma u baahan tahay caawimaad helitaanka Provider ah: Haa No

Fadlan booqo respite.ne.gov ama wac 1-866-RESPITE si aad ula xiriirto Iskuduwaha Shabakada Respite network degaanka si ay uga caawiyaan helitaanka Provider Respite.

Name of Provider (s) kuwaas oo ku siin doonaa fasax ku meel gaar ah:

Magaca: _____ Email: _____ Telefoonka: _____

Magaca: _____ Email: _____ Telefoonka: _____

Haddii aan dhaqaalaha loo isticmaalin sida kor ku xusan, Iskuduwaha Dib u eegista iyo Shaqaalaha Adeegyada Bulshada waxay u baahan doonaan in la ogeysiyo. Lacagta waxaa dib loo eegi karaa kiis ahaan, in loo isticmaalo si loo isticmaalo mar kale inta lagu jiro muddada u-qalmiitaanka. Tani waa ka dib markii ay dib u eegis iyo ansixinta Waaxda.

SECTION 3: Employment

Lixdii bilood ee ugu danbaysay, hal ama in kabadan oo qoysaska xannaaneeya ayaa loo baahan yahay inay shaqada ka maqnaadaan sababo la xiriira mushaar la'aanta masuuliyadaha daryeelka qoysaska?

Haa Maya Daryeelaha Aasaasiga ah ee aan shaqeeyaan

Haddii ay haa tahay, imisa maalmood ayaad ka hartay?

SECTION 4: Agreement and Signature

Waa fahansanahay in hadalladayda la hubin karo, hadii hadallo been ah ama aan sheego in la igu cadeeyo in aan been abuur ah ku cadeeyo.

Waxaan fahamsanahay in mar kasta oo isbedel ku dhaco macluumaadka aan siiyey, waa in aan si dhakhso ah ugu wargeliyaa Isuduwaha Barnaamijka Dib-u-celinta Ee Waaxda Caafimaadka & Adeegyada Bini'aadamka ee Nebraska, Isuduwaha Barnaamijka Kaalmada Dib-u-celinta.

Waan fahamsanahay haddii aanan u maleynaynin in codsigeyga si sax ah loo maareeyey, in aan xaq u leeyahay in aan racfaan kasoo gudbiyo.

Waxaan fahmay in Waaxda Caafimaadka iyo Adeega Bini'aadanka ee Nebraska ay u baahan karaan in ay la xiriiraan hay'ado kale iyo shakhsiyaad si ay u go'aamiyaan xaq u yeelashada maaliyaddeyda iyo in la xaqiijiyo baahideyda taageerada aan u qabo, ama aan u diro si ay iga caawiyaan helitaanka adeegyo. Waxaan oggolaanayaa in la sii daayo xogtan qarsoodiga ah.

Waxaan halkan ka cadaynayaa in jawaabteyda iyo macluumaadka lagu soo dhiibay foomkan iyo codsi kasta oo la xiriira danaha dadweynaha ay run yihiin, dhameystiran isla markaana sax ah, waxaan fahmay in macluumaadkan loo adeegsan karo in lagu xaqiijiyo joogitaankeega sharciga ah ee dalka Mareykanka.

Saxiixa Wakiilka Idmika:

Taariikhda:

SECTION 5: Referral Source

Magaca / Title:

Ururka / Wakaaladda ama Xiriirka Macmiilka:

BARNAAMIJKA KAALMADA NUSPAN RESPITE
Codsiga Maalgelinta Xaaladaha Aan Caadi ahayn, oo ay ku jiraan Respite

Cinwaanka:	Marka:	Marka:
Telefo	Email:	

U dir codsiga oo dhameystiran:

Email: dhhs.respite@nebraska.gov

Mail: Nebraska Waaxda Caafimaadka iyo Adeegyada Aadanaha
Nebraska Department of Health and Human
CFS, Kaalmada Dhaqaale - Kaalmada joogsiga nolosha
A.O. Hore 78933
Lincoln, NE 68509-8933

Fak: (402) 742-8356

Su'aalaha: (402) 471-9188