

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE RELEVO VITALICIO**Solicitud de financiación para circunstancias excepcionales, incluido el relevo por crisis****SECCIÓN 1: Información del cliente (Persona con necesidades especiales que requiere cuidados continuos.)**

Nombre del cliente:	Edad:	ID del cliente:	Teléfono del cliente:	
Nombre del cuidador familiar:		Correo electrónico del cuidador familiar:		
Dirección postal del cliente: <input type="checkbox"/> Compruebe si la dirección ha cambiado desde la última solicitud.		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Marque todo lo que corresponda:				
<input type="checkbox"/> Suceso imprevisto que pone en peligro la salud y la seguridad del Cliente				
<input type="checkbox"/> Acontecimiento imprevisto que pone en peligro la salud y la seguridad del cuidador familiar				
<input type="checkbox"/> Ausencia inmediata e inevitable del Cuidador Familiar más de 4 horas cuando no se dispone de un cuidador cualificado				
<input type="checkbox"/> Crisis de salud del cuidador familiar		<input type="checkbox"/> El cliente tiene necesidades de atención excepcionalmente altas que requieren supervisión		
<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Salud médica/física		
<input type="checkbox"/> Mental		<input type="checkbox"/> Necesidades conductuales y/o emocionales		
<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Seguridad personal de <input type="checkbox"/> Sí mismo o de <input type="checkbox"/> Otros		

Explique:

<p>En los próximos 30-45 días estás considerando:</p> <p><input type="checkbox"/> Colocación en residencia asistida/centro de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Acogimiento familiar / colocación en un hogar de grupo</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de la familia extendida</p> <p><i>Explique:</i></p>	<p>Cómo de "estresado" está usted como resultado de la atención al cliente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada de estrés</p> <p><input type="checkbox"/> Ligeramente estresado</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente estresado</p> <p><input type="checkbox"/> Muy estresado</p> <p><input type="checkbox"/> Extremadamente estresado</p>
---	---

¿Cómo le ayudaría a usted y a la persona a la que cuida el tomar breves descansos? Explique:

SECCIÓN 2: Plan de relevo

1. ¿Cuáles son sus necesidades inmediatas de relevo?
 - a. Apoyos adicionales mensuales de relevo necesarios debido a: _____
 - Evento especial
 - i. Necesidades del cuidador: (descanso por necesidad excepcional, atención médica, vacaciones, etc.)
 - ii. Campamento (el beneficiario asiste a un campamento programado específicamente, a un evento de la CBO, a una agencia comunitaria o a una reunión de la CBO, actividad/evento del proveedor, etc.)
 - iii. Aumento de las necesidades del beneficiario de los cuidados (aumento del apoyo médico necesario, cirugía/procedimiento médico, aumento del apoyo conductual, etc.)
 - Crisis inmediata a corto plazo
 - i. Enfermedad en la familia que requiere el apoyo del cuidador o el cuidador necesita apoyo adicional debido a la enfermedad
 - ii. Ausencia inmediata o inevitable no planificada del Cuidador Familiar durante un período prolongado cuando un no se dispone de un cuidador cualificado.

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE RELEVO VITALICIO**Solicitud de financiación para circunstancias excepcionales, incluido el relevo por crisis**

2. En caso de que se apruebe, ¿cómo piensa utilizar la ayuda de respiro adicional? Por favor, indique a continuación cómo se utilizarán los fondos que solicita.

Fondos adicionales mensuales necesarios (si se proporciona la cantidad especificada para las horas necesarias/acampada/ evento de descanso):

Utilización de los fondos para una necesidad específica (describir la necesidad específica a la que se aplicarán los fondos):

Mes(es) necesario(s):

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor? Sí No

Visite respite.ne.gov o llame al 1-866-RESPITE para ponerse en contacto con un Coordinador de la Red de Respiro local que le ayude a encontrar un Proveedor de relevo.

Nombre del proveedor o proveedores que le darán un descanso temporal:

Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Si los fondos no se utilizan como se ha indicado anteriormente, el Coordinador de Respiro y el Trabajador de Servicios Sociales deberán ser notificados. Los fondos pueden ser revisados, caso por caso, para ser depositados para ser utilizados en otro momento durante el período de elegibilidad. Esto es sólo después de la revisión y aprobación por el Departamento.

SECCIÓN 3: Empleo

En los últimos seis meses, ¿uno o más de los cuidadores familiares ha tenido que faltar al trabajo debido a las responsabilidades sin paga del cuidado familiar?

Sí No Cuidador primario no está empleado

De ser así, ¿cuántos días ha faltado? _____

SECCIÓN 4: Acuerdo y firma

Entiendo que mis declaraciones se pueden verificar, y si he dado declaraciones o información falsa, puedo ser declarado culpable de fraude.

Entiendo que en cualquier momento que haya cambios en la información que he dado, debo reportarlos de inmediato al Coordinador del Programa de Subsidio de Relevo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Entiendo que si no creo que se haya manejado mi petición correctamente, tengo el derecho a radicar una apelación.

Entiendo que es posible que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska tenga que contactar a otras agencias y personas con el fin de determinar mi elegibilidad financiera y para verificar mi necesidad del apoyo que solicito, o para darme referencias con el fin de ayudarme a obtener servicios. Autorizo la divulgación de esta información confidencial.

Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertas, completas, y exactas; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

Firma de representante autorizado:

Fecha:

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE RELEVO VITALICIO**Solicitud de financiación para circunstancias excepcionales, incluido el relevo por crisis****SECCIÓN 5: Origen de referencia**

Nombre / título:	Organización / agencia o relación con cliente:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Teléfono:	Correo electrónico:	

Envíe la solicitud completa a:**Correo electrónico:** dhhs.respite@nebraska.gov**Correo:** Nebraska Department of Health and Human Services
Nebraska Department of Health and Human
CFS, Economic Assistance - Lifespan Respite Subsidy
P.O. Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933**Fax:** (402) 742-8356**Preguntas:** (402) 471-9188