

Sólo para uso de oficina CFS-22-A ID #:

Nombre del cliente:	ID del cliente:	Número de teléfono:	
Nombre del representante autorizado (cuidador familiar principal):		Dirección de correo electrónico del cliente:	
Dirección postal del cliente: <input type="checkbox"/> Marque si la dirección ha cambiado desde el último pago	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Proveedor: (persona, empresa u organización que proporciona el servicio de cuidado de relevo)	Dirección de correo electrónico del proveedor:	Número de teléfono:	
Dirección postal del proveedor: <input type="checkbox"/> Marque si la dirección ha cambiado desde el último pago	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Beneficiario: (Nombre de la persona a pagar)	ID del beneficiario: (número que figura en el talón de cheque o en el aviso de TEF)	Si se trata de un NUEVO beneficiario, se requiere un No. de Seguro Social o un No. de ID fiscal:
Persona a pagar es el: (marque una) <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante autorizado <input type="checkbox"/> Cliente		

INSTRUCCIONES: Enviar un Documento de Facturación por mes para cada proveedor.

El documento de facturación debe presentarse para cualquier mes dentro de los 60 días osteriores a la fecha en que se proporcionó el servicio o o no se pagará. Todos los campos deben estar completos o serán devueltos y se retrasará el pago.

MES/AÑO DE FACTURACIÓN	DÍA (Un día por línea)	Indique el número de horas después de cada fecha de servicio:	Monto que se cobra por hora o por día:	Monto total por línea:

<input type="checkbox"/> Compruebe si se incluye la Financiación de Circunstancias Excepcionales. <input type="checkbox"/> Compruebe si añade más fechas en una hoja aparte.	TOTAL FACTURADO:	
---	-------------------------	--

*Certifico con mi firma que las horas/fechas indicadas son correctas. Entiendo que las reclamaciones fraudulentas pueden dar lugar a un proceso judicial.

Firma del proveedor:	El proveedor es un familiar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: (en/ante la firma del cliente/representante autorizado)
Firma del representante autorizado:		Fecha: (en/después de la última fecha de servicio)

El documento de facturación debe ser firmado en o después de la última fecha de servicio tanto por el proveedor como por el representante autorizado. El documento de facturación será devuelto si el proveedor firma y fecha después del cliente/representante autorizado.

Envíe el documento de facturación cumplimentado y firmado a: DHHS.CFS22@nebraska.gov (Recomendado para un pago más rápido)	OR	DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
--	----	--

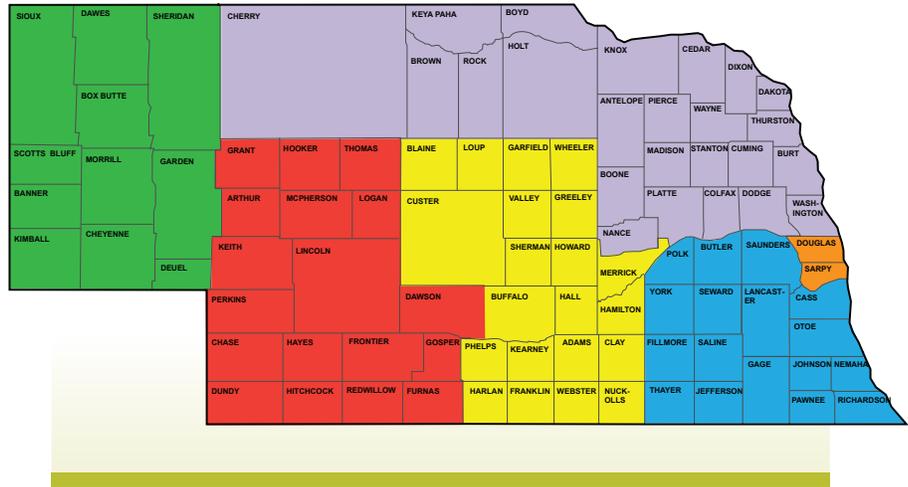
Programa de Subsidio Lifespan Respite

DOCUMENTO DE FACTURACIÓN (Formulario CFS-22-A) INSTRUCCIONES

1. Envíe el documento de facturación del subsidio de Lifespan Respite relleno y firmado electrónicamente a dhhs.cfs22@nebraska.gov. Este método proporcionará el tiempo de respuesta más rápido. El pago tarda más, pero puede enviarlo por correo a DHHS, Lifespan Respite Subsidy Program, P.O. Box 98933, Lincoln, NE 68509-8933.
2. Por favor, rellene todos los campos. Los formularios incompletos serán devueltos para su corrección, lo que retrasa el pago al beneficiario. Si no está seguro de cómo rellenar cualquier parte del documento de facturación, póngase en contacto con su Coordinador de Respite local.
3. Puede enviar el formulario a su Coordinador de Respite local para que lo revise antes de enviarlo a Lincoln.

Póngase en contacto con su coordinador local para obtener más información

- Zona Oeste**
(308) 432-8190
specialprojects@wchr.net
- Zona Suroeste**
(308) 345-4990
respite@swhealth.ne.gov
- Zona Central**
(402) 309-4344
respite@irnebraska.org
- Zona Norte**
(402) 552-2238
northrespite@unmc.edu
- Sureste**
(402) 274-3993
respite@sedhd.org
- Este**
(402) 559-5732
eastrespite@unmc.edu



4. **Nombre del cliente** - El cliente es el receptor del cuidado o la persona con la necesidad especial que requiere cuidados continuos.
5. **ID del cliente** - El ID del cliente se envió con el aviso de aprobación del Subsidio Lifespan Respite inicial (y de renovación). Llame a su Coordinador de Respite si lo necesita.
6. **Nombre del representante autorizado** - Se trata del principal cuidador familiar (padre, madre, cónyuge, abuelo, hijo(a) adulto(a) o tutor legal). Normalmente es el principal cuidador familiar.
7. **Correo electrónico del cliente (o del cuidador familiar principal/representante autorizado)** - La forma más rápida para el DHHS o el Coordinador de Respite le comunique que hay que corregir algo en su documento de facturación es por correo electrónico. Esté atento al correo electrónico de dhhs.cfs22@nebraska.gov. Esta es una dirección de correo electrónico oficial del DHHS. También puede dar permiso para que el DHHS o el Coordinador de Respite se pongan en contacto con usted por mensaje de texto.
8. **Dirección postal del cliente** - Asegúrese de poner la dirección postal completa cada vez en cada documento de facturación de relevo. Si la dirección ha cambiado, marque la casilla en el documento de facturación. Recuerde que el pago del relevo a través del depósito directo es el más rápido. Hable con el Coordinador de Respite si necesita ayuda para configurarlo.
9. **Proveedor** - Se trata de la persona u organización que presta cuidados a su familiar mientras usted utiliza el servicio de relevo.
10. **Dirección de correo electrónico del proveedor** - Si el proveedor tiene una dirección de correo electrónico, es importante indicarla aquí. Si no lo tienen, el DHHS y el Coordinador de Respite se comunicarán por el Servicio Postal de los Estados Unidos (correo). Por favor, esté atento al correo electrónico de dhhs.cfs22@nebraska.gov. Esta es una dirección de correo electrónico oficial del DHHS. El proveedor también puede dar permiso para que el DHHS o el Coordinador de Respite se pongan en contacto con usted por mensaje de texto.
11. **Dirección postal del proveedor** - Asegúrese de poner la dirección postal completa del proveedor en cada documento de facturación de relevo. Si la dirección ha cambiado, marque la casilla en el documento de facturación. Recuerde que el pago del relevo a través del depósito directo es el más rápido. Póngase en contacto con su Coordinador de Respite si necesita ayuda para configurar el depósito directo.
12. **Beneficiario** - Nombre de la persona a pagar. Se trata del cuidador (como reembolso del cuidado del relevo pagada de su bolsillo) o del proveedor de servicios de relevo.

Quién proporciona el relevo

Hay cierta flexibilidad para encontrar proveedores. Su Coordinador de Respite local puede ayudarle a encontrar un proveedor de la red seleccionado en su zona. Puede recurrir a familiares, amigos o vecinos como proveedores pagados. Otras posibilidades son: organizaciones, campamentos, una agencia de confianza, una organización o grupo local dirigido por voluntarios, un programa escolar dirigido por voluntarios, un programa equino, una actividad religiosa u otras actividades aprobadas. Mientras su ser querido asiste a una actividad, usted se toma un descanso, ¡y de eso se trata el relevo!

Puede localizar a los proveedores de relevo seleccionados por la Red en: respite.ne.gov. Haga clic en "Leer más" para navegar a la Búsqueda de Proveedores de Respite/Relevo o a la Búsqueda de Respite/Relevo de NRRS para ayudar a localizar un proveedor en su zona.