

Solo para uso de la oficina

Fecha de recepción: ____/____/____
 Comprobación de antecedentes realizada: ____/____/____
 Fecha de ingreso: ____/____/____

Por favor, devuélvalo a:

- Solicitud inicial Actualización anual

Nombre legal completo del solicitante:							
Dirección de la casa:					Ciudad, Estado, Código Postal:		
Dirección postal (si es diferente):					Ciudad, Estado, Código Postal:		
Teléfono fijo o móvil:			Correo electrónico:				
Nombre de soltera:			Fecha de nacimiento:				
¿Podemos contactar con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Podemos ponernos en contacto con usted a través de un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Marque las casillas de los horarios disponibles:	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
DURANTE EL DIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURANTE LA NOCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERIODOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMERGENCIAS/RESPALDO DE CRISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Está dispuesto a viajar para proporcionar un respiro o transportar al beneficiario de los cuidados a las citas, etc.?

- Sí No

En caso afirmativo, distancia máxima de su domicilio: 10 millas 25 millas 50 millas más de 50 millas

Condados/Pueblos atendidos: _____

Por favor, marque los tipos de atención que está dispuesto a proporcionar:

- Acompañante no cualificado Enfermería especializada

Por favor, marque el lugar donde está dispuesto a proporcionar el respiro:

- Domicilio del beneficiario de los cuidados Hogar del proveedor Entorno comunitario

Por favor, marque las Actividades de la Vida Diaria (AVD) con las que está dispuesto a trabajar:

- Aseo Baño Alimentación Cuidado personal
 Movilidad Vestirse Transferencia

Por favor, marque las deficiencias emocionales y conductuales con las que está dispuesto a trabajar:

- TDA/TDAH Hiperactividad Trastorno de apego reactivo
 Ansiedad Trastornos mentales Autoagresión
 Depresión Trastorno de oposición desafiante Rabietas
 Síndrome de alcoholismo fetal Físicamente agresivo

Por favor, marque las deficiencias médicas y de salud y/o discapacidades específicas con las que está dispuesto a trabajar:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ELA/Enfermedad de Lou Gehrig | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias graves |
| <input type="checkbox"/> Autismo/trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Sonda de alimentación | <input type="checkbox"/> Retrasos en el habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Artritis u otros problemas articulares | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/Ayudas auditivas | <input type="checkbox"/> Médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos, como anemia o Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Síndrome de la persona rígida |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios como el asma, EPOC o Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Cuidado del catéter | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Daño cerebral traumático |
| | <input type="checkbox"/> Paraplejía/cuadriplejía | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |

Por favor, marque las edades con las que está dispuesto a trabajar (marque todas las que correspondan):

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 años | <input type="checkbox"/> 19-35 años | <input type="checkbox"/> 65-74 años | <input type="checkbox"/> Todas las edades |
| <input type="checkbox"/> 3-5 años | <input type="checkbox"/> 36-50 años | <input type="checkbox"/> 75-84 años | |
| <input type="checkbox"/> 6-18 años | <input type="checkbox"/> 51-64 años | <input type="checkbox"/> 85 años o más | |

Idiomas hablados. (marque todas las que correspondan):

- Inglés Otros (por favor, enumérelos) _____

¿Cómo se enteró de la Red de Respiro de Nebraska Lifespan? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presentación | <input type="checkbox"/> Folleto/Póster | <input type="checkbox"/> Amigo/familiar |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Boletín de noticias | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> TV/Cable/Radio (marque un círculo) | <input type="checkbox"/> Referimiento | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Doy permiso para incluir mi información en el Sitio Web Oficial del Gobierno de Nebraska, Sistema de Recursos y Referencias de Nebraska (NRRS) Listado de Proveedores de Recursos de Respiro. Si marca "NO" su información permanecerá privada a través del sistema seguro en línea de Nebraska Lifespan Respite Network. Sí No

Normas de los proveedores de la red de respiro de Nebraska Lifespan:

Al firmar esta Solicitud, el Solicitante entiende que como condición para solicitar ser un Proveedor Aprobado de la Red de Respiro Lifespan, se requiere el cumplimiento de las Normas del Proveedor:

1. Asegúrese de que el proveedor individual, mayor de 14 años si proporciona cuidado de respiro, o el personal de la agencia que tenga contacto directo con el beneficiario del cuidado haya sido autorizado por el Registro Central de Abuso/Negligencia de Niños del DHHS, el Registro Central de Servicios de Protección de Adultos del DHHS, el Registro de Delincentes Sexuales de la Patrulla Estatal y la Comprobación de Antecedentes Penales de la Patrulla Estatal. El solicitante de la agencia mantendrá los resultados de estas comprobaciones en los archivos de personal de los empleados y los pondrá a disposición del Departamento.
2. El proveedor de la agencia está autorizado y/o certificado según la ley estatal.
3. Proporcionar servicios de respiro como contratista independiente, reconociendo que el proveedor no es un empleado del Departamento o del Estado.
4. Respetar el derecho a la confidencialidad del receptor de los cuidados y salvaguardar la información confidencial.
5. Reconocer la responsabilidad por la seguridad y la propiedad del receptor de los cuidados.
6. Tener conocimientos, experiencia y/o habilidades para realizar la(s) tarea(s) acordada(s) para proporcionar de forma segura el cuidado de respiro.
7. Asegurarse de que cualquier sospecha de abuso o negligencia se denuncie inmediatamente a las fuerzas del orden y/o a la línea de atención al abuso y la negligencia (1-800-652-1999).
8. De acuerdo con el Título 464 NAC 1.019.01 DISCRECIÓN DEL DEPARTAMENTO. El Departamento se reserva la facultad de denegar el pago al proveedor elegido por el beneficiario en las siguientes circunstancias:
 - a. El proveedor realiza una facturación fraudulenta;
 - b. El proveedor ha cometido fraude en otros programas del Departamento;
 - c. El proveedor ha sido condenado por abuso o negligencia de un adulto o niño vulnerable;
 - d. El proveedor ha sido condenado por un delito violento;
 - e. El proveedor ha sido condenado por pornografía infantil;
 - f. El proveedor ha sido condenado por abuso doméstico o agresión;
 - g. El proveedor ha sido condenado por hurto después de los 19 años y en los últimos tres años;
 - h. El proveedor tiene una condena por delito de fraude en los últimos 10 años;
 - i. El proveedor tiene una condena por delito de fraude en los últimos cinco años;
 - j. El proveedor tiene una condena por posesión de sustancias controladas en los últimos 10 años;
 - k. El proveedor tiene una condena por fabricación de una sustancia controlada en los últimos 10 años;
 - l. El proveedor tiene una condena por prostitución o incitación a la prostitución en los últimos cinco años;
 - m. El proveedor tiene una condena por robo o hurto en los últimos 10 años;
 - n. El proveedor tiene una condena por violación o agresión sexual;
 - o. El proveedor está inscrito o se le exige que se inscriba en un Registro o Repositorio Estatal o Nacional de Delincentes Sexuales.
 - p. El proveedor tiene una condena por cualquier delito contra un niño o un adulto vulnerable;
 - q. El proveedor tiene una condena por secuestro;
 - r. El proveedor tiene una condena por crueldad, maltrato o abandono de animales;
 - s. El proveedor tiene una condena por incendio provocado;
 - t. El proveedor tiene condenas por conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos cinco años;
 - u. El proveedor tiene dos o más cargos pendientes por conducir bajo la influencia del alcohol; o
 - v. El proveedor tiene condenas por cualquier otro delito que ponga en peligro la seguridad de un niño o adulto vulnerable.

Certifico que he leído y comprendido las normas indicadas y referenciadas más arriba y acepto cumplir con todas las normas del proveedor.

Si está proporcionando respiro en su casa, la siguiente información debe ser completada y firmada por cualquier persona de 19 años de edad o mayores que vivan en el hogar, aunque no soliciten el respiro. Si está proporcionando respiro fuera de su hogar, solo el solicitante debe rellenar y firmar. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Adjunte una copia de su permiso de conducir o de su documento de identidad con fotografía expedido por el gobierno para el archivo de su proveedor.

_____	_____	____/____/____
Firma del solicitante	Nombre impreso	Fecha (mes, día, año)
_____	_____	____/____/____
Firma del miembro del hogar	Nombre impreso	Fecha (mes, día, año)
_____	_____	____/____/____
Firma del miembro del hogar	Nombre impreso	Fecha (mes, día, año)

Cómo presentar su solicitud

La dirección postal es diferente para cada región de Nebraska. Utiliza el mapa que aparece a continuación para localizar el condado en el que vives y envía este documento completo en papel a un coordinador de respiro de tu región de los que aparecen a continuación. Para presentar sus solicitudes electrónicamente, adjunte el formulario de solicitud en un correo electrónico dirigido a su coordinador regional local.

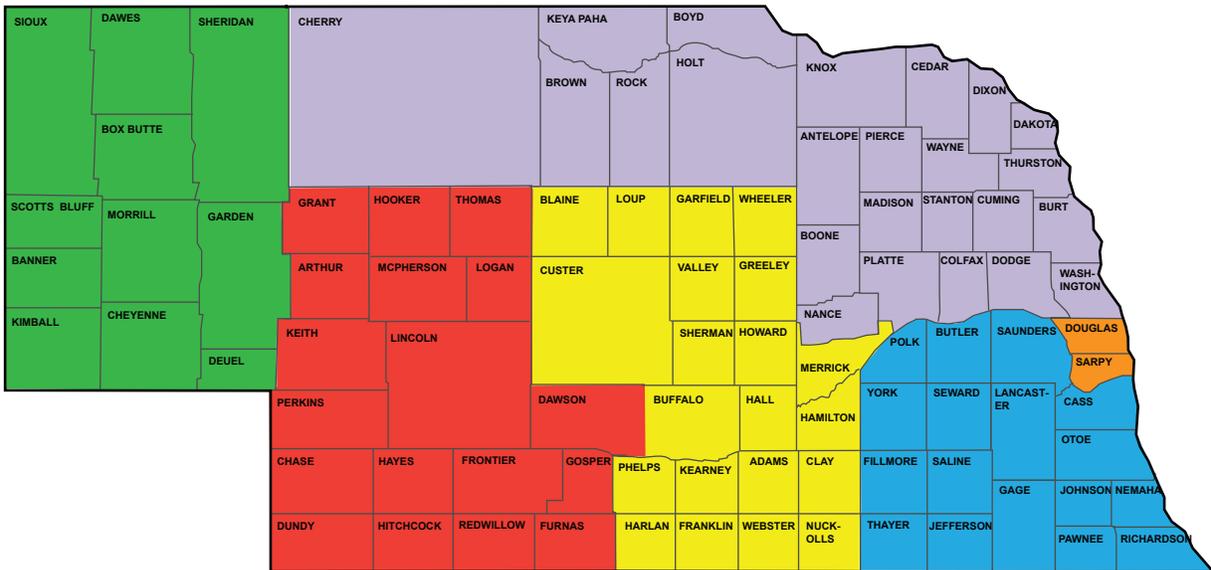
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska Red de respiro de Nebraska Lifespan

dhhs.ne.gov/respite

respite.ne.gov

Hanna Quiring, coordinadora del programa
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program and
Disabled Persons & Family Support Program
Nebraska State TSB Building, 1410 M St.
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(531) 530-7011
hanna.quiring@nebraska.gov

Jan Drewel, trabajadora de servicios sociales
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program and
Disabled Persons & Family Support Program
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188
dhhs.respite@nebraska.gov



Área de servicio occidental (red local de respiro)
Panhandle Partnership for Health and Human Services
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

Área de Servicio Norte (red local de respiro)
Instituto Munroe-Meyer UNMC
Omaha, NE
northrespite@unmc.edu

Área de Servicio Suroeste (red local de respiro)
Departamento de Salud Pública del Suroeste de NE
McCook, NE
(308) 345-4990 respite@swhealth.ne.gov

Área de Servicios Centrales (red local de respiro)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respite@imebraska.org

Área de servicio del este (red local de respiro)
Instituto Munroe-Meyer UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespite@unmc.edu

Compromiso de los empleadores
Kim Falk, Coordinadora de Respiro Principal
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmc.edu

Área de servicio del sureste (red local de respiro)

UNL-CCFL (Centro de Niños, Familias y Derecho)
Charlie Lewis, director del proyecto
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
Jessie Cook, especialista en proyectos web
402-472-9827 jessica.cook@unl.edu