

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا
طلب الحصول علي خصومات الخدمة المنزلية والمجتمعية (HCBS)

NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

هذا التطبيق لجميع إعفاءات الخدمة المنزلية والمجتمعية (HCBS). الشخص الذي يحتاج إلى الخدمات هو التطبيق. أخبرنا إذا كانت هناك حاجة إلى مساعدة أو تنسيق بديل. يمكنك التواصل مع 877-667-6266 للأسئلة. يرجى تحديد تنازل HCBS الذي تتقدم بطلب للحصول عليه:

- الإعاقة الذهنية أو التنموية (ID / DD)
 كبار السن والمعاقين (ميلادي)
 إصابات الدماغ الرضحية (TBI)

1. أنا أتقدم بطلب للحصول على تنازل عن الإعاقة الذهنية أو التنموية. هل لديك إعاقة ذهنية أو تطويرية؟
 نعم لا
هل حدثت إعاقتك الذهنية أو التنموية قبل سن 22؟
 نعم لا

2. أنا أتقدم بطلب للحصول على إعفاء للمسنين والمعاقين الذي أعيش فيه حالياً:

- سكن خاص مساعدة معيشية
 منزل للرعاية مستشفى مشرد
أود الحصول على خدمات الإعفاء عن AD:
 سكن خاص مساعدة معيشية

3. أنا أتقدم بطلب للإعفاء من إصابات الدماغ الرضحية. هل لديك إصابة دماغ رضحية؟

- نعم لا
هل الإصابة حدثت بعد الولادة وليست وراثية ولا خلقية ولا تنكسية؟
 نعم لا

القسم 1: مقدم الطلب

1. الاسم الأول	أول حرف من اسم الأب	اسم العائلة	تحويلة.
2. اذكر أي أسماء سابقة مستخدمة، بما في ذلك الاسم قبل الزواج، إن أمكن:			
3. تاريخ الميلاد	SSN	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	جنس ذكر أو أنثى
4. العنوان	مدينة	ولاية	الرمز البريدي
5. العنوان البريدي	مدينة	ولاية	الرمز البريدي
6. بريد إلكتروني			
7. اللغة المفضلة			
8. هل خدمت أنت أو أحد أفراد أسرتك في الجيش من قبل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، الاسم:			
9. إمضاء			

10. العلاقة مع مقدم الطلب

تاريخ

يرجى إكمال القسم 2 أو القسم 3 أو القسم 4 (قسم واحد فقط) القسم 2: الممثل المعتمد

أبلغ من العمر 19 عامًا أو أكثر وأصرح للممثل التالي (مثل الوالد أو الأصدقاء أو منظمة الدفاع) بتقديم المساعدة والموافقة على نشر المعلومات. (يجب ملء إذن الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية.)

ممثّل

علاقة لمقدم الطلب	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	
العنوان	مدينة	الرمز البريدي

القسم 3: الوصاية / المحامي في الواقع

1. أبلغ من العمر 19 عامًا أو أكثر ولدي وصي أو محام تعينه المحكمة (يُعرف أيضًا باسم التوكيل أو التوكيل).
 نعم لا

2. اسم الوصي أو النائب في الواقع	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	
3. العنوان	مدينة	الرمز البريدي

إذا كان لديك أوصياء إضافيون ، فيرجى إدراج المعلومات المطلوبة أعلاه في ورقة منفصلة وإرفاقها.

القسم 4: والد لقاصر

1. مقدم الطلب طفل قاصر أقل من 19 سنة.
 نعم لا نعم أجب ما يلي:

2. اسم الوالد (الوالدين)	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)		
3. العنوان	مدينة	ولاية	الرمز البريدي

يرجى إكمال القسم 5 و 6 القسم 5: رعاية

التبني

1. كان مقدم الطلب أو كان طفلاً في الحضانة القانونية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا.
 نعم لا

2. اسم أخصائي حالة NFC ، إن أمكن	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	
3. اسم عامل CFS أو CFOM	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	

القسم 6: الجنسية / الإقامة

1. أنا مواطن أمريكي
 نعم لا

2. مكان الميلاد: المدينة	ولاية	ولاية
3. أنا أجنبي مؤهل بموجب القانون الفيدرالي للهجرة والجنسية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ولاية	
4. رقم أجنبي	وضع الهجرة	
5. أنا مقيم بشكل قانوني في ولاية نبراسكا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ولاية	

إذا كانت هناك أي معلومات أخرى ذات صلة بهذا التطبيق وتريد منا أن نعرفها ، فقم بتدوينها هنا. إذا لم يكن هناك شيء ، انتقل إلى القسم التالي.

القسم 8 (اختياري): تسجيل الناخبين

1. إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن ، هل ترغب في التقدم للتسجيل للتصويت؟

نعم لا

يرجى إكمال القسم 9

القسم 9: السجلات

يرجى تقديم السجلات التالية مع هذا الطلب ، أو تقديم الأسماء ومعلومات الاتصال حتى يمكن لـ DDD جمع المعلومات.

أوافق على السماح باستخدام معلوماتي واسترجاعها من مصادر البيانات لهذا التطبيق.

يرجى إدراج معلومات إضافية عن المدرسة أو معلومات الاتصال الطبية في ورقة منفصلة وإرفاقها.

1. التقارير التعليمية (أي تقارير الفريق متعدد التخصصات (MDT) عن السنوات العشر الماضية.

العنوان		2. المدرسة	
الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	الرمز البريدي	الولاية	مدينة
3. تقارير / تشخيصات الطبيب ذات الصلة (أي ، متلازمة / اضطراب وراثي طبي) مع الأدوية الموصوفة حاليًا (بما في ذلك الغرض من الدواء والجرعة وتكرار الإعطاء). إعاقة محددة			

4. ممارس طبي

العنوان

مدينة	الولاية	الرمز البريدي	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
-------	---------	---------------	---------------------------

5. تقارير من طبيب نفساني مرخص لأخر خمس سنوات.
 لا شيء متاح

6. عالم نفس

العنوان

مدينة	الولاية	الرمز البريدي	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
-------	---------	---------------	---------------------------

7. تقارير من طبيب نفسي ومعالج / مستشار للسنوات الخمس الماضية.
 لا شيء متاح

8. طبيب نفساني

العنوان

مدينة	الولاية	الرمز البريدي	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
-------	---------	---------------	---------------------------

9. المعالج أو المستشار

العنوان

مدينة	الولاية	الرمز البريدي	الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
-------	---------	---------------	---------------------------

10. نسخة من أوراق الوصاية التي عينتها المحكمة (إذا كان مقدم الطلب يبلغ من العمر 19 عامًا أو أكثر ولديه وصي معين من قبل المحكمة).

يرجى تقديم الطلب والسجلات إلى:

DD Applications

شعبة إعاقات النمو

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا 301 Centennial

Mall South

صندوق بريد 98947

لينكولن ، 68509-8947 NE

أو الفاكس: (402) 6243-328

أو الفاكس

الإلكتروني:

DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov أو أرسل

بالبريد الإلكتروني

إلى: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

تطبيقات AD (AD / TBI)

شعبة إعاقات النمو

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا 301 Centennial

Mall South

صندوق بريد 98947

لينكولن ، 68509-8947 NE

أو الفاكس: (402) 6257-328

أو إرسال بريد إلكتروني إلى: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

لن يؤثر عدم التوقيع على هذا النموذج على العلاج أو الدفع، إلا أنه قد يؤثر على التسجيل أو الأهلية للحصول على مزايا معينة، يتم توفيرها وفقاً لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية نبراسكا. أفهم المزايا والعيوب وأعطي الإذن بحرية وطوعية للإفصاح عن معلومات محددة عني. أفهم أيضاً أنني لست مطالباً بالكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي، على الرغم من أن الكشف قد يسهل أو أسرع لتقديم المعلومات.

تاريخ الولادة	الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)	
تغطية المدة	رقم الحالة / الرسم البياني (إذا كان معروفاً)	رقم الضمان الاجتماعي
سبب الإفصاح: X تحديد الأهلية X طلبي <input type="checkbox"/> تعويض من شركة التأمين <input type="checkbox"/> الأعراض القانونية <input type="checkbox"/> التشاور و / أو تخطيط العلاج <input type="checkbox"/> أخرى (كن محدداً):	سيتم الكشف عن المعلومات إلى: (الاسم، العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) قسم الإعاقة التنموية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا 301 Centennial Mall South صندوق بريد 98947 ، لينكولن ، نبراسكا 68509-8947 NE أو الفاكس: (402) 6243-328 أو الفاكس الإلكتروني: بالبريد الإلكتروني DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov أو أرسل إلى: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov تقتصر المعلومات التي سيتم الإفراج عنها بموجب هذا التفويض على السجلات / المعلومات من الأطراف المعنية أو التي في حوزتها.	

المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:

جميع المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:	<input type="checkbox"/> جميع المعلومات التي يمكن الكشف عنها فيما يتعلق بالفرد أعلاه
<input type="checkbox"/> جميع المعلومات أو السجلات أو المستندات غير الطبية الأخرى المتعلقة بالفرد المذكور أعلاه والتي يمكن الإفراج عنها.	<input type="checkbox"/> بالسجل المركزي لإساءة معاملة البالغين وإهمالهم والسجل المركزي لإساءة معاملة الأطفال وإهمالهم.
<input type="checkbox"/> التقييم والعلاج النفسي	<input type="checkbox"/> التسجيل
<input type="checkbox"/> التاريخ الاجتماعي	<input type="checkbox"/> استمارة إحالة الرعاية اللاحقة
<input type="checkbox"/> الأشعة السينية ونتائج التصوير التشخيصي الأخرى	<input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى
<input type="checkbox"/> علاج تعاطي الكحول و / أو المخدرات	<input type="checkbox"/> تشخيص
<input type="checkbox"/> معلومات الاختبارات الجينية	<input type="checkbox"/> التاريخ والفحص البدني
<input type="checkbox"/> معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	<input type="checkbox"/> معمل
<input type="checkbox"/> فقر الدم المنجلي	<input type="checkbox"/> الأدوية
<input type="checkbox"/> أخرى (كن محدداً):	<input type="checkbox"/> ملاحظات التحسن
	<input type="checkbox"/> التاريخ والعلاج النفسي

ينتهي هذا التفويض (ما لم يتم إلغاؤه مسبقاً كتابياً) في

(يجب ملء التاريخ أو الحدث). بتوقيع هذا التفويض، أقر بأن المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها قد تتضمن مواداً محمية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية، بما في ذلك معلومات الاستحقاق أو التسجيل؛ المعلومات الصحية المحمية التي قد تتضمن معلومات متعلقة بالمخدرات / الكحول أو فيروس نقص المناعة البشرية أو فقر الدم المنجلي. توقيعني يسمح بالإفراج عن كل هذه المعلومات. أفهم أيضاً أنه قد يتم إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق تقديم طلب كتابي وفقاً لإشعار ممارسات الخصوصية المعمول به في إدارة الصحة والخدمات الإنسانية آنذاك (إذا كان ذلك إلى إدارة الصحة والخدمات الإنسانية)، أو عن طريق تقديم طلب كتابي إلى مقدم الرعاية الصحية أو الكيان، أو غير ذلك، وسيتم تكريمه باستثناء المعلومات تم إصداره بالفعل. أفهم أيضاً أنه إذا لم يكن متلقي المعلومات خطة صحية أو مقدم رعاية صحية، فقد لا تكون المعلومات محمية بقوانين الخصوصية.

تاريخ	توقيع العميل
تاريخ	توقيع الوصي (إن وجد)

إشعار للمستلم

تم الكشف عن هذه المعلومات لك من السجلات التي تكون سربيتها محمية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية (بما في ذلك اللوائح الفيدرالية ، CFR 42 ، CFR 1.460-1.499 الجزء 2 والجزء 431 ، الجزء الفرعي F) والتي تمنعك من إجراء أي إفصاح إضافي عنها دون موافقة خطية محددة من الشخص الذي يتعلق به أو على النحو الذي تسمح به هذه اللوائح. تفيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات للتحقيق الجنائي أو مقاضاة أي مريض كحول أو مخدرات. التفويض العام للإفراج عن المعلومات الطبية أو غيرها ليس كافياً لهذا الغرض.

□ أفهم أن عدم الوفاء بالالتزامات أدناه قد يؤدي إلى رفض أو إنهاء التمويل للمنزل و الخدمات المجتمعية.

إشعار الحقوق

بصفتي شخصاً طلب خدمات إعاقات النمو ، أفهم أن لدي الحقوق التالية:

- الحق في تلقي إشعار خطي بأي قرار أو إنهاء أو تغيير للخدمات المصرح بها مسبقاً.
- الحق في تقديم استئناف كتابي لأي قرار أو إجراء والحصول على جلسة استماع عادلة بشأن الاستئناف الذي قدمته. أفهم أنه يجب عليّ الاستئناف في غضون 90 يوماً من تاريخ أي إخطار بالقرار أتلقاه.

إشعار الالتزامات

عند تخصيص التمويل، أفهم وأوافق على الالتزامات التالية:

- يجب أن أقدم بطلب وقبول جميع المزايا التي قد أكون مؤهلاً لتلقيها، والتي تشمل SSI و SSA و Nebraska Medicaid وخدمات التنازل عن المنزل والمجتمع. أوافق على اتخاذ إجراء للحفاظ على أهليتي لجميع المزايا التي قد أكون مؤهلاً لتلقيها.
- يجب أن أدفع مبلغ حصة Medicaid الخاصة بي من التزام التكلفة إلى مقدم الخدمة شهرياً عندما يتم إبلاغي بالالتزام.
- يجب أن أكمل وأرسل المعلومات المطلوبة قبل بدء الخدمات الممولة، سنوياً، أو حسب الطلب. قد يشمل ذلك معلومات عن المزايا والموارد أو نسخة من إقراراتي الضريبية لتحديد قدرتي على الدفع مقابل خدمات الإعاقة التنموية المجتمعية.
- يجب أن أشارك في أي تقييمات أو تقييمات مطلوبة للحفاظ على خدماتي، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، التقييم (التقييمات) النفسية والطبية السنوية وتقييمات الأسنان، بالإضافة إلى عملية التقييم الموضوعي.

تطبيقات DD

شعبة إعاقات النمو

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا 301 Centennial

Mall South

PO Box 98947

Lincoln، NE 68509-

8947 أو الفاكس: (402)

6243-328

أو الفاكس الإلكتروني: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

أو أرسل بالبريد الإلكتروني إلى: DHHS.HCBSWaiverApp@nebraska.gov

تطبيقات AD (AD / TBI)

شعبة إعاقات النمو

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا 301 Centennial

Mall South

PO Box 98947

Lincoln، NE 68509-

8947 أو الفاكس: (402)

6257-328

أو أرسل بالبريد الإلكتروني إلى: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov