

Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu
Maombi ya Kusamehewa kwa Huduma ya Nyumbani na Jamii (HCBS).

Programu hii ni kwa ajili ya Mapunguzo yote ya Huduma za Nyumbani na Jamii (HCBS). Mtu anayehitaji huduma ndiye mwombaji. Tujulishe ikiwa usaidizi au muundo mbadala unahitajika. Unaweza kuwasiliana na 877-667-6266 kwa maswali. Tafadhali chagua msamaha wa HCBS unaoomba:

- Ulemavu wa kiakili au wa Maendeleo (ID/DD)
- Wazee na Walemavu (AD)
- Jeraha la Kiwewe la Ubongo (TBI)

1. Ninatuma maombi ya Kusamehewa kwa Ulemavu wa Kiakili au Maendeleo
Je, una ulemavu wa kiakili au kimaendeleo?

Ndiyo Hapana

Je, ulemavu wako wa kiakili au ukuaji ulitokea kabla ya umri wa miaka 22?

Ndiyo Hapana

2. Ninatuma ombi la Kusamehewa Wazee na Walemavu

Kwa sasa ninaishi:

Kuishi kwa kusaidiwa Makazi ya Kibinafsi Nyumba ya Wauguzi Hospitali Wasio na makazi
ningependa kupokea huduma za AD Waiver:

Kuishi kwa kusaidiwa Makazi ya Kibinafsi

3. Ninatuma ombi la Kusamehewa kwa Jeraha la Kiwewe la Ubongo

Je, una jeraha la kiwewe la ubongo?

Ndiyo Hapana

Jeraha lilitokea baada ya kuzaliwa na si la urithi, la kuzaliwa au la kuzorota? Ndiyo
Hapana

SEHEMU YA 1: Mwombaji

Awali ya Kati	Jina la familia
---------------	-----------------

1. Jina la kwanza Ext. 2. Orodhesha majina yoyote ya awali yaliyotumika, ikiwa ni pamoja na
jina la msichana, ikiwa inatumika:

SSN	Simu (pamoja na msimbo wa eneo)
-----	---------------------------------

3. Jinsia ya Tarehe ya Kuzaliwa

Jiji	Jimbo
------	-------

Jiji	Jimbo
------	-------

4. Anwani ya Zip 5. Anwani ya Barua Zip 6. Barua pepe

7. Lugha Inayopendekezwa

8. Je, wewe au mwanafamilia umewahi kutumika katika jeshi?

Ndiyo Hapana

Kama ndiyo, jina: _____

9. Sahihi

10. Uhusiano na Tarehe ya Mwombaji

DD-10 Rev. 4/2023

Tafadhali kamilisha Sehemu ya 2 AU Sehemu ya 3 AU Sehemu ya 4 (sehemu MOJA tu)

SEHEMU YA 2: Mwakilishi Aliyeidhinishwa

Nina umri wa miaka 19 au zaidi na ninaidhinisha mwakilishi afuatayo (km mzazi, rafiki, shirika la utetezi) kutoa usaidizi na idhini ya kutolewa kwa taarifa. (Idhini ya Ufichuzi wa Taarifa za Afya Inayolindwa LAZIMA ijazwe.)

Mwakilishi

Uhusiano na Simu ya Mwombaji (pamoja na nambari ya eneo)

Jiji

Zip ya anwani

SEHEMU YA 3: Ulezi/Wakili Kwa Kweli

1. Nina umri wa miaka 19 au zaidi na nina mlezi au Mwanasheria aliyeteuliwa na mahakama (pia anajulikana kama Nguvu ya Wakili au POA). Ndiyo Hapana

2. Jina la Mlezi au Mwanasheria kwa Ukweli wa Simu (pamoja na msimbo wa eneo)

Jiji

3. Zip ya anwani

Ikiwa una walezi wa ziada, tafadhali orodhesha taarifa zilizoombwa hapo juu kwenye karatasi tofauti na umbatanishe. **SEHEMU YA 4: Mzazi wa Mtoto Mdogo**

1. Mwombaji ni mtoto mdogo chini ya miaka 19.

Ndiyo Hapana kama ndiyo, jibu yafuatayo:

2. Jina la Mzazi (wa) Simu (pamoja na msimbo wa eneo)

Jiji	Jimbo
------	-------

3. Zip ya anwani

Tafadhali kamilisha Sehemu ya 5 na 6

SEHEMU YA 5: Malezi

1. Mwombaji ni au amekuwa mtoto chini ya ulinzi wa kisheria wa Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu ya Nebraska. Ndiyo Hapana

Ikiwa uko kwenye malezi sasa, jina la CFS au CFOM Worker Phone (pamoja na msimbo wa eneo) 2. Ikitumika, jina la Mfanyakazi wa NFC Simu (pamoja na msimbo wa eneo)

SEHEMU YA 6: Uraia/Ukaazi

1. Mimi ni Raia wa Marekani

Ndiyo Hapana

Jimbo

2. Mahali pa kuzaliwa: Nchi ya Jiji

3. Mimi ni mgeni aliyehitimu chini ya Sheria ya Shirikisho ya Uhamiaji na Uraia

Ndiyo Hapana

4. Hali ya Uhamiaji ya Nambari Mgeni

5. Mimi ni mkazi halali wa Nebraska

Ndiyo Hapana

DD-10 Ukurasa wa 2

SEHEMU YA 7 (hiari): Maelezo ya Ziada

Ikiwa kuna habari nyingine yoyote muhimu kwa programu hii ambayo ungependa tujue, ifahamisha hapa. *Ikiwa hakuna, nenda kwenye sehemu inayofuata.*

SEHEMU YA 8 (si lazima): Usajili wa Wapiga Kura

1. Ikiwa hujajiandikisha kupiga kura mahali unapoishi sasa, ungependa kutuma ombi la kujiandikisha kupiga kura? Ndiyo Hapana

Tafadhali kamilisha Sehemu ya 9**SEHEMU YA 9: Rekodi**

Tafadhali wasilisha rekodi zifuatazo pamoja na programu hii, au toa majina na maelezo ya mawasiliano ili DDD iweze kukusanya taarifa.

Ninakubali kuruhusu maelezo yangu kutumika na kurejeshwa kutoka kwa vyanzo vya data vya

programu hii. Tafadhali orodhesha maelezo ya ziada ya shule au mawasiliano ya matibabu kwenye

karatasi tofauti na uambatanishe.

1. Ripoti za elimu (yaani Timu ya Taaluma mbalimbali (MDT) inaripoti kwa miaka kumi iliyopita.

2. Anwani ya Shule

Jimbo	Zip
-------	-----

Simu ya Jiji (pamoja na nambari ya eneo)

3. Ripoti/uchunguzi wa daktari unaohusiana (yaani, matibabu, ugonjwa wa kijeni/matatizo) na dawa zilizoagizwa sasa (zinajumuisha madhumuni ya dawa, kipimo, na mara kwa mara ya utawala).

Ulemavu maalum

4. Mganga

DD-10 Ukurasa wa 3

Anwani

Jimbo	Zip
-------	-----

Simu ya Jiji (pamoja na nambari ya eneo)

5. Ripoti kutoka kwa mwanasaikolojia aliyeidhinishwa kwa miaka mitano iliyopita.

Hakuna inayopatikana

6. Mwanasaikolojia

Anwani

Jimbo	Zip
-------	-----

Simu ya Jiji (pamoja na nambari ya eneo)

7. Ripoti kutoka kwa mtaalamu wa magonjwa ya akili na mtaalamu/mshauri kwa miaka mitano iliyopita.

Hakuna inayopatikana

8. Daktari wa magonjwa ya akili

Anwani

Jimbo	Zip
-------	-----

Simu ya Jiji (pamoja na nambari ya eneo) 9. Mtaalamu wa tiba au Mshauri

Anwani

Jimbo	Zip
-------	-----

Simu ya Jiji (pamoja na nambari ya eneo) 10. Nakala ya hati za ulezi zilizoteuliwa na mahakama (ikiwa mwombaji ana umri wa miaka 19 au zaidi na ana mlezi aliyeteuliwa na mahakama).

Tafadhali tuma maombi na rekodi kwa:

Maombi ya DD
Idara ya Ulemavu wa Kimaendeleo
Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu
301 Centennial Mall Kusini
BAADA YA Sanduku 98947
Lincoln, NE 68509-8947
au Faksi: (402) 328-6243
au E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
au Tuma barua pepe kwa: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Maombi ya AD (AD/TBI)
Idara ya Ulemavu wa Kimaendeleo
Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu
301 Centennial Mall Kusini
BAADA YA Sanduku 98947

Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu Uidhinishaji wa Ufichuzi wa Taarifa za Afya Zilizolindwa

Kukosa kutia sahihi kwenye fomu hii hakutaathiri matibabu, au malipo, hata hivyo kunaweza kuathiri uandikishaji, au ustahiki wa manufaa fulani, yanayotolewa na Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu ya Nebraska. Ninaelewa manufaa na hasara na kwa hiari na kwa hiari natoa rufasa ya kutoa taarifa mahususi kunihusu. Pia ninaelewa kuwa sihitajiki kufichua nambari yangu ya usalama wa jamii, ingawa ufumbuzi unaweza kurahisisha au haraka kwa taarifa kutolewa.

Jina (Mwisho, Kwanza, MI) Tarehe ya kuzaliwa

Kesi/Chati # (ikiwa inajulikana)

Kipindi cha Nambari ya Usalama wa Jamii Kimefunikwa

Taarifa itafichuliwa kwa: (Jina, Anwani, Jiji, Jimbo, Zip)
Idara ya Ulemavu wa Kimaendeleo
Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu
301 Centennial Mall Kusini
PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947
Au Faksi: (402) 328-6243
au E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
au Tuma barua pepe kwa:
DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Taarifa itakayotolewa kwa mujibu wa uidhinishaji huu ni mdogo kwa rekodi/ taarifa kutoka au zinazomilikiwa na wahusika husika.

Taarifa mahususi zitakazofichuliwa:

Taarifa mahususi zitakazofichuliwa:

Sababu ya Kufichua:

Uamuzi wa Kustahiki wa X X Ombi Langu

Madai ya Bima

Madhumuni ya Kisheria

Ushauri na/au Mipango ya Tiba

Nyingine (kuwa maalum):

Taarifa zote ambazo zinaweza kufichuliwa kuhusiana na hapo juu Taarifa nyingine zote zisizo za kimatibabu, rekodi, au mtu binafsi kwa Hati Kuu ya Unyanyasaji wa Watu Wazima na Kutelekezwa zinazohusiana na mtu aliye juu ambayo Masjala na Unyanyasaji wa Mtoto na Kutelekezwa Central inaweza kutolewa.

Usajili. Tathmini na Matibabu ya Kisaikolojia Fomu ya Rufaa ya Baada ya Huduma Historia ya Kijamii

Muhtasari wa Utoaji X-rays & Matokeo Mengine ya Uchunguzi wa Uchunguzi Utambuzi Matibabu ya Pombe

na/au Madawa ya Kulevya Historia na Uchunguzi wa Kimwili Taarifa za Upimaji Jeni Maabara Taarifa za

VVU/UKIMWI Dawa Sickle Cell Anemia Vidokezo vya Maendeleo Nyingine (kuwa maalum): Historia na Matibabu ya Akili _____

Uidhinishaji huu (isipokuwa umebatilishwa mapema kwa maandishi) utaisha tarehe

_____ (lazima iwe na tarehe au tukio lililojazwa). Kwa Kutia Sahihi uidhinishaji huu, ninakubali kwamba maelezo yatakayotolewa yanaweza kujumuisha nyenzo ambazo zinalindwa na sheria ya Shirikisho au Jimbo, ikijumuisha maelezo ya manufaa au uandikishaji; taarifa za afya zilizolindwa ambazo zinaweza kujumuisha taarifa zinazohusiana na Dawa/Pombe, VVU, au sickle cell anemia. Sahihi yangu inaidhinisha kutolewa kwa maelezo haya yote. Pia ninaelewa kuwa uidhinishaji huu unaweza kubatilishwa wakati wowote kwa kuwasilisha ombi lililoandikwa kwa mujibu wa Notisi ya Mazoezi ya Faragha ya wakati huo ya DHHS (ikiwa kwa DHHS), au kwa

kuwasilisha ombi liliandikwa kwa mtoa huduma wa afya au huluki, au vinginevyo, na itaheshimiwa isipokuwa maelezo ambayo tayari yametolewa. Pia ninaelewa ikiwa mpokeaji wa taarifa si mpango wa afya au mtoa huduma ya afya, maelezo hayo huenda hayatalindwa tena na sheria za faragha.

Tarehe ya Sahihi ya Mteja

Sahihi ya Mlezi (ikiwa inatumika) Tarehe

TANGAZO KWA MPOKEAJI

Maelezo haya yamefichuliwa kwako kutoka kwa rekodi ambazo usiri wake unalindwa na sheria za serikali na shirikisho (ikiwa ni pamoja na Kanuni za Shirikisho, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Sehemu ya 2 na Sehemu ya 431, Sehemu Ndogo F) ambazo zinakuzuia kuifichua zaidi. bila idhini maalum ya maandishi ya mtu anayehusika au inavyoruhusiwa vinginevyo na kanuni hizo. Sheria za shirikisho huzuia matumizi yoyote ya habari kuchunguza kwa njia ya jinai au kumshtaki mgonjwa yeyote wa pombe au dawa za kulevya. Uidhinishaji wa jumla wa kutolewa kwa maelezo ya matibabu au maelezo mengine HAYATOSHI kwa madhumuni haya.

DD-10 Ukurasa wa 5

Ninaelewa kuwa kushindwa kutimiza masharti yaliyo hapa chini kunaweza kusababisha kunyimwa au kusitishwa kwa ufadhili wa Huduma za Nyumbani na Jamii.

Notisi ya Haki

Kama mtu ambaye ameomba huduma za ulemavu wa kimaendeleo, ninaelewa kuwa nina haki zifuatazo: • Haki ya kupokea notisi ya maandishi ya uamuzi wowote, usitishaji wowote, au mabadiliko ya huduma zilizoidhinishwa awali.

• Haki ya kuwasilisha rufaa kwa maandishi ya uamuzi au hatua yoyote na kusikilizwa kwa haki juu ya rufaa yangu. Ninaelewa kuwa ni lazima nikate rufaa ndani ya siku 90 tangu tarehe ya Notisi yoyote ya Uamuzi ninayopokea.

Notisi ya Wajibu

Wakati ufadhili unatolewa, ninaelewa na kukubaliana na majukumu yafuatayo:

- Ni lazima nitume maombi na kukubali manufaa yote ambayo ninaweza kustahiki kupokea, ambayo yanaweza kujumuisha SSI, SSA, Nebraska Medicaid, na huduma za msamaha wa Nyumbani na Jamii. Ninakubali kuchukua hatua ili kudumisha ustahiki wa manufaa yote ambayo ninaweza kustahiki kupokea.
- Ni lazima nilipe kiasi cha sehemu yangu ya Medicaid ya wajibu wa gharama kwa mtoa huduma wangu kila mwezi ninapofahamishwa juu ya wajibu huo.
- Ni lazima nikamilishe na kuwasilisha taarifa zinazohitajika kabla ya kuanza huduma zinazofadhiliwa, kila mwaka, au kama nilivyoombwa. Hii inaweza kujumuisha maelezo ya manufaa na rasilimali au nakala ya marejesho yangu ya kodi kwa ajili ya kubaini uwezo wangu wa kulipia huduma za ulemavu wa kimaendeleo za kijamii.
- Ni lazima nishiriki katika tathmini au tathmini zozote zinazohitajika ili kudumisha huduma zangu, zinazojumuisha, lakini hazizuliwi na tathmini ya kisaikolojia, ya kila mwaka ya matibabu na meno, pamoja na Mchakato wa Tathmini ya Lengo.

Maombi ya DD

Idara ya Ulemavu wa Kimaendeleo

Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu

301 Centennial Mall Kusini

BAADA YA Sanduku 98947

Lincoln, NE 68509-8947

au Faksi: (402) 328-6243

au E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

au Tuma barua pepe kwa: DHHS.HCBSWaiverApp@nebraska.gov

Maombi ya AD (AD/TBI)

Idara ya Ulemavu wa Kimaendeleo
Nebraska Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu
301 Centennial Mall Kusini
BAADA YA Sanduku 98947
Lincoln, NE 68509-8947
au Faksi: (402) 328-6257
au Tuma barua pepe kwa: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov