

แอปพลิเคชันนี้ไว้สำหรับการลงทะเบียนบริการตามบ้านและชุมชน (HCBS) ทั้งหมด บุคคลที่ต้องการบริการคือผู้สมัคร แจ้งให้เราทราบหากต้องการความช่วยเหลือหรือรูปแบบอื่น
 คุณสามารถติดต่อ 877-667-6266 สำหรับคำถาม โปรดเลือกการลงทะเบียน HCBS ที่คุณสมัคร:

- ความพิการทางสติปัญญาหรือพัฒนาการ (ID/DD)
- ผู้สูงอายุและผู้พิการ (ค.ศ.)
- การบาดเจ็บที่สมองบาดแผล (TBI)

1. ฉันกำลังสมัครขอลงทะเบียนความพิการทางปัญญาหรือพัฒนาการ

คุณมีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพัฒนาการหรือไม่?

ใช่ ไม่

ความพิการทางสติปัญญาหรือพัฒนาการของคุณเกิดขึ้นก่อนอายุ 22 ปีหรือไม่?

ใช่ ไม่

2. ฉันกำลังสมัครขอลงทะเบียนผู้สูงอายุและผู้พิการ

ฉันกำลังอาศัยอยู่ใน:

ช่วยชีวิต บ้านพักส่วนตัว บ้านพักคนชรา โรงพยาบาล ไม่มีที่อยู่อาศัย ฉันต้องการรับบริการ AD Waiver:

ช่วยชีวิต บ้านพักส่วนตัว

3. ฉันกำลังสมัครขอลงทะเบียนการบาดเจ็บที่สมอง

คุณมีอาการบาดเจ็บที่สมองหรือไม่?

ใช่ ไม่

การบาดเจ็บเกิดขึ้นหลังคลอดหรือไม่ และไม่ใช้กรรมพันธุ์ ความพิการแต่กำเนิด หรือความเสื่อมหรือไม่? ใช่ ไม่

ส่วนที่ 1: ผู้สมัคร

ชื่อกลาง	นามสกุล
----------	---------

1. ชื่อ นามสกุล 2. ระบุชื่อก่อนหน้าที่ใช้ รวมถึงนามสกุลเดิม ถ้ามี:

สสส	โทรศัพท์ (รวมรหัสพื้นที่)
-----	---------------------------

3. วันเกิด เพศ

เมือง	สถานะ
เมือง	สถานะ

4. ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ 5. ที่อยู่ไปรษณีย์ รหัสไปรษณีย์ 6. อีเมล

7. ภาษาที่ต้องการ

8. คุณหรือสมาชิกในครอบครัวเคยรับราชการทหารหรือไม่?

ใช่ ไม่

ถ้าใช่ ชื่อ: _____

9. ลายเซ็น

10. ความสัมพันธ์กับวันที่สมัคร

รายได้ DD-10 4/2023

โปรดกรอกส่วนที่ 2 หรือส่วนที่ 3 หรือส่วนที่ 4 (เพียงส่วนเดียว)

ส่วนที่ 2: ตัวแทนผู้มีอำนาจ

ฉันอายุ 19 ปีขึ้นไป และอนุญาตให้ตัวแทนต่อไปนี้ (เช่น ผู้ปกครอง เพื่อน องค์กรรณรงค์) ให้ความช่วยเหลือและยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล (ต้องกรอกข้อมูลการให้สิทธิ์ในการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง)

ตัวแทน

ความสัมพันธ์กับโทรศัพท์ของผู้สมัคร (รวมรหัสพื้นที่)

เมือง

ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์

ส่วนที่ 3: การเป็นผู้ปกครอง/ทนายความในความเป็นจริง

1. ฉันอายุ 19 ปีขึ้นไปและมีผู้ปกครองที่ศาลแต่งตั้งหรือผู้รับมอบอำนาจ (หรือที่เรียกว่าหนังสือมอบอำนาจหรือ POA) ใช่ ไม่

2. ชื่อผู้ปกครองหรือผู้รับมอบอำนาจในหมายเลขโทรศัพท์จริง (รวมรหัสพื้นที่)

เมือง

3. ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์

หากคุณเป็นผู้ปกครองเพิ่มเติม โปรดระบุข้อมูลที่ร้องขอด้านบนในเอกสารแยกต่างหากและแนบ ส่วนที่ 4: ผู้ปกครองของผู้เยาว์

1. ผู้สมัครเป็นเด็กอายุไม่เกิน 19 ปี

ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ให้ตอบดังนี้

2. ชื่อผู้ปกครอง โทรศัพท์ (รวมรหัสพื้นที่)

เมือง	สถานะ
-------	-------

3. ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์

กรุณากรอกส่วนที่ 5 และ 6

ส่วนที่ 5: การอุปการะเลี้ยงดู

1. ผู้สมัครเป็นหรือเคยเป็นเด็กในความดูแลทางกฎหมายของ Nebraska Department of Health and Human Services ใช่ ไม่

หากอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูในขณะนี้ ชื่อ CFS หรือ CFOM Worker Phone (รวมรหัสพื้นที่) 2. ถ้ามี ให้ระบุชื่อของผู้รับผิดชอบกรณี NFC โทรศัพท์ (รวมรหัสพื้นที่)

ส่วนที่ 6: สัญชาติ/ถิ่นที่อยู่

1. ฉันเป็นพลเมืองของสหรัฐอเมริกา

ใช่ ไม่

สถานะ

2. สถานที่เกิด: ประเทศ เมือง

3. ฉันเป็นคนต่างด้าวที่มีคุณสมบัติตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมืองและสัญชาติของรัฐบาลกลาง

ใช่ ไม่

4. สถานะการเข้าเมืองของจำนวนคนต่างด้าว

5. ฉันเป็นผู้อาศัยตามกฎหมายของเนบราสก้า

ใช่ ไม่

DD-10 หน้า 2

ส่วนที่ 7 (ไม่บังคับ): ข้อมูลเพิ่มเติม

หากมีข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับแอปพลิเคชันนี้ที่คุณต้องการให้เราทราบ โปรดทราบที่นี่ หากไม่มี ให้ดำเนินการในส่วนถัดไป

ส่วนที่ 8 (ทางเลือก): การลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง

1. หากคุณไม่ได้ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงในที่ที่คุณอาศัยอยู่ตอนนี้ คุณต้องการสมัครลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงหรือไม่ ใช่ ไม่

กรุณากรอกส่วนที่ 9

ส่วนที่ 9: บันทึก

โปรดส่งบันทึกต่อไปนี้พร้อมกับใบสมัครนี้ หรือระบุชื่อและข้อมูลการติดต่อเพื่อให้ DDD สามารถรวบรวมข้อมูลได้

ฉันตกลงที่จะอนุญาตให้ใช้และดึงข้อมูลของฉันจากแหล่งข้อมูลสำหรับแอปพลิเคชันนี้

โปรดระบุข้อมูลการติดต่อโรงเรียนหรือการแพทย์เพิ่มเติมในแผ่นแยกต่างหากและแนบ

1. รายงานการศึกษา (เช่น Multi-Disciplinary Team (MDT) รายงานในช่วงสิบปีที่ผ่านมา

2. ที่อยู่โรงเรียน

สถานะ	ชิป
-------	-----

โทรศัพท์มือถือ (รวมรหัสพื้นที่)

3. รายงาน/การวินิจฉัยของแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทางกายภาพ กลุ่มอาการ/ความผิดปกติทางพันธุกรรม) กับยาตามแพทย์สั่งในปัจจุบัน (รวมถึงวัตถุประสงค์ของการใช้ยา ขนาดยา และความถี่ของการบริหารให้)

ความพิการเฉพาะ

DD-10 หน้า 3

4. แพทย์ฝึกหัด

ที่อยู่

สถานะ	ชิป
-------	-----

โทรศัพท์มือถือ (รวมรหัสพื้นที่)

5. รายงานจากนักจิตวิทยาที่มีใบอนุญาตในช่วงห้าปีที่ผ่านมา

ไม่มี

6. นักจิตวิทยา

ที่อยู่

สถานะ	ชิป
-------	-----

โทรศัพท์มือถือ (รวมรหัสพื้นที่)

7. รายงานจากจิตแพทย์และนักบำบัด/ผู้ให้คำปรึกษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

ไม่มี

8. จิตแพทย์

ที่อยู่

สถานะ	ชิป
-------	-----

City Phone (ใส่รหัสพื้นที่) 9. นักบำบัดโรคหรือที่ปรึกษา

ที่อยู่

สถานะ	ชิป
-------	-----

City Phone (ใส่รหัสพื้นที่) 10. สำเนาเอกสารการเป็นผู้ปกครองที่ศาลแต่งตั้ง (หากผู้สมัครอายุ 19 ปีขึ้นไปและมีผู้ปกครองที่ศาลแต่งตั้ง)

กรุณาส่งใบสมัครและบันทึกไปที่:

ดีดี แอปพลิเคชัน
กองพัฒนาความพิการ
เนแบรสกากรมอนามัยและบริการมนุษย์
301 เซ็นเทนเนียล มอลล์ เซาท์
หลังจาก กลอง 98947
ลินคอล์น เนวาดา 68509-8947
หรือแฟกซ์: (402) 328-6243
หรือ E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
หรืออีเมลมาที่: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

แอปพลิเคชันโฆษณา (AD/TBI)
กองพัฒนาความพิการ
เนแบรสกากรมอนามัยและบริการมนุษย์
301 เซ็นเทนเนียล มอลล์ เซาท์
หลังจาก กลอง 98947
ลินคอล์น เนวาดา 68509-8947
หรือแฟกซ์: (402) 328-6257
หรือ อีเมลไปที่: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

DD-10 หน้า 4

เนแบรสกากรมอนามัยและบริการมนุษย์

การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง

การไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาหรือการชำระเงิน อย่างไรก็ตาม อาจส่งผลกระทบต่อลงทะเบียนหรือการมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์บางอย่างตาม **Nebraska Department of Health and Human Services** ดังนั้นจึงขอเตือนและขอเชิญให้เผยแพร่ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับฉันได้อย่างอิสระและสมัครใจ ฉันเข้าใจด้วยว่าฉันไม่จำเป็นต้องเปิดเผยหมายเลขประกันสังคมของฉัน แม้ว่าการเปิดเผยอาจทำให้การให้ข้อมูลง่ายขึ้นหรือเร็วขึ้น

ชื่อ (นามสกุล, ชื่อ, MI) วันเกิด

กรณี/แผนภูมิ # (ถ้าทราบ)

ระยะเวลาที่ครอบคลุมหมายเลขประกันสังคม

ข้อมูลจะถูกเปิดเผยแก่: (ชื่อ, ที่อยู่, เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์) แผนกพัฒนาความพิการ
เนแบรสกากรมอนามัยและบริการมนุษย์
301 เซ็นเทนเนียล มอลล์ เซาท์
ตู้ ปณ. 98947 ลินคอล์น NE 68509-8947
หรือแฟกซ์: (402) 328-6243

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

หรืออีเมลมาที่: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

ข้อมูลที่จะเผยแพร่ตามการอนุญาตนี้จำกัดเฉพาะบันทึก/ข้อมูลจากหรืออยู่ในความครอบครองของฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลเฉพาะที่ต้องเปิดเผย:

ข้อมูลเฉพาะที่ต้องเปิดเผย:

เหตุผลในการเปิดเผย:

การพิจารณาคุณสมบัติ คำขอของฉัน

การเคลมประกัน

วัตถุประสงค์ทางกฎหมาย

ให้คำปรึกษาและ/หรือวางแผนการรักษา

อื่นๆ (เจาะจง): _____

ข้อมูลทั้งหมดที่สามารถเปิดเผยได้ที่เกี่ยวข้องข้างต้น ข้อมูล บันทึก หรือบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ทั้งหมดไปยังเอกสาร Adult Abuse and Neglect Central ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลข้างต้น ซึ่ง Registry และ Child Abuse and Neglect Central สามารถเผยแพร่ได้

วิธีสิทธิ์ การประเมินและการรักษาทางจิตวิทยา แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วย ประวัติศาสตร์สังคม

สรุปการจำหน่าย ผลการตรวจเอกซเรย์และภาพวินิจฉัยอื่นๆ การวินิจฉัย การบำบัดด้วยแอลกอฮอล์และ/หรือการใช้สารเสพติด ซักประวัติ & ตรวจร่างกาย

ข้อมูลการทดสอบทางพันธุกรรม ห้องปฏิบัติการ ข้อมูลเอชไอวี/เอดส์ ยา โรคโลหิตจางเซลล์เคียว หมายเหตุความลับหน้า อื่นๆ (เจาะจง):

ประวัติและการรักษาทางจิตเวช _____

การอนุญาตนี้ (เว้นแต่จะเพิกถอนเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนหน้านี) จะสิ้นสุดในวันที่ _____ (ต้องระบุวันที่หรือเหตุการณ์)

โดยการลงนามการอนุญาตนี้ ฉันรับทราบว่าข้อมูลที่เผยแพร่อาจรวมถึงเนื้อหาที่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลางหรือกฎหมายของรัฐ

รวมถึงข้อมูลผลประโยชน์หรือการลงทะเบียน ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครองซึ่งอาจรวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยา/แอลกอฮอล์ เอชไอวี หรือโรคโลหิตจางชนิดเคียว

ลายเซ็นของฉันอนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลทั้งหมดนี้ ฉันยังเข้าใจว่าการอนุญาตนี้อาจถูกเพิกถอนได้ทุกเมื่อโดยส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรตามแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ

DHHS ฉบับปัจจุบันในขณะนั้น (หากส่งถึง DHHS) หรือโดยการส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือนิติบุคคล หรืออื่นๆ

และจะได้รับการเก็ยรียบข้อมูลที่ได้รับการเผยแพร่แล้ว ฉันเข้าใจด้วยว่าหากผู้รับข้อมูลไม่ใช่แผนสุขภาพหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ข้อมูลนั้นอาจไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายความเป็นส่วนตัวอีกต่อไป

วันที่ลายเซ็นของลูกค้า

ลายเซ็นผู้ปกครอง (ถ้ามี) วันที่

ประกาศถึงผู้รับ

ข้อมูลนี้ได้รับการเปิดเผยต่อคุณจากบันทึกซึ่งการรักษาลับได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐและรัฐบาลกลาง (รวมถึงข้อบังคับของรัฐบาลกลาง, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 431, ส่วนย่อย F) ซึ่งห้ามไม่ให้คุณทำการเปิดเผยเพิ่มเติม โดยไม่ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือได้รับอนุญาตเป็นอย่างอื่นตามระเบียบดังกล่าว กฎของรัฐบาลกลางจำกัดการใช้ข้อมูลใด ๆ เพื่อสอบสวนทางอาญาหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด การอนุญาตทั่วไปสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลอื่น ๆ นั้นไม่เพียงพอสำหรับจุดประสงค์นี้

DD-10 หน้า 5

ฉันเข้าใจว่าการไม่ปฏิบัติตามข้อมูลพื้นฐานอาจส่งผลให้มีการปฏิเสธหรือยุติการให้เงินทุนสำหรับบริการตามบ้านและชุมชน

ประกาศสิทธิ

ในฐานะบุคคลที่ขอรับบริการด้านความพิการ ฉันเข้าใจว่าฉันมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้: • สิทธิ์ในการได้รับแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการตัดสินใจ การยุติ

หรือการเปลี่ยนแปลงบริการที่ได้รับอนุญาตก่อนหน้านี

- สิทธิ์ในการยื่นอุทธรณ์คำตัดสินหรือการกระทำใด ๆ เป็นลายลักษณ์อักษร และให้มีการรับฟังคำอุทธรณ์ของฉันอย่างยุติธรรม ฉันเข้าใจว่าฉันต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 90 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวคำตัดสินใด ๆ

ประกาศการผูกพัน

เมื่อมีการจัดสรรเงินทุน ฉันเข้าใจและตกลงตามข้อมูลต่อไปนี้:

- ฉันต้องสมัครและยอมรับสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่ฉันมีสิทธิ์ได้รับ ซึ่งอาจรวมถึง SSI, SSA, Nebraska Medicaid และบริการสละสิทธิ์ตามบ้านและชุมชน ฉันตกลงที่จะดำเนินการเพื่อรักษาสิทธิสำหรับผลประโยชน์ทั้งหมดที่ฉันอาจมีสิทธิ์ได้รับ
- ฉันต้องจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย Medicaid ให้กับผู้ให้บริการเป็นรายเดือนเมื่อฉันได้รับแจ้งเกี่ยวกับภาระผูกพัน
- ฉันต้องกรอกและส่งข้อมูลที่จำเป็นก่อนที่จะเริ่มบริการที่ได้รับทุน รายปีหรือตามที่ร้องขอ ซึ่งอาจรวมถึงผลประโยชน์และข้อมูลทรัพยากรหรือสำเนาการวินิจฉัยของฉันสำหรับการพิจารณาความสามารถของฉันในการชำระค่าบริการด้านการพัฒนาความพิการในชุมชน
- ฉันต้องเข้าร่วมในการประเมินใดๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาบริการของฉัน ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการประเมินด้านจิตใจ การแพทย์ประจำปี และทันตกรรม

ดีดี แอปพลิเคชัน

กองพัฒนาความพิการ

เนแบรสกากรมอนามัยและบริการมนุษย์

301 เซ็นเทนเนียล มอลล์ เซาท์

หลังจาก กล้อง 98947

ลินคอล์น เนวาดา 68509-8947

หรือแฟกซ์: (402) 328-6243

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

หรืออีเมลล์มาที่: DHHS.HCBSWaiverApp@nebraska.gov

แอปพลิเคชันโฆษณา (AD/TBI)

กองพัฒนาความพิการ

เนแบรสกากรมอนามัยและบริการมนุษย์

301 เซ็นเทนเนียล มอลล์ เซาท์

หลังจาก กล้อง 98947

ลินคอล์น เนวาดา 68509-8947

หรือแฟกซ์: (402) 328-6257

หรืออีเมลล์มาที่: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov