

Đơn Xin Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS)

Đơn này dành cho tất cả các Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS). Người cần dịch vụ là người nộp đơn. Hãy cho chúng tôi biết nếu cần hỗ trợ hoặc định dạng thay thế. Bạn có thể liên hệ với 877-667-6266 nếu có thắc mắc. Vui lòng chọn chương trình miễn trừ HCBS mà bạn đang đăng ký:

- Khuyết tật Trí tuệ hoặc Phát triển (ID/DD)
- Người cao tuổi và Người khuyết tật (AD)
- Chấn thương sọ não (TBI)

1. Tôi đang nộp đơn xin Miễn trừ Khuyết tật Trí tuệ hoặc Phát triển
Bạn có bị khuyết tật về trí tuệ hoặc phát triển không?

Đúng Không

Tình trạng khuyết tật trí tuệ hoặc phát triển của bạn có xảy ra trước 22 tuổi không?

Đúng Không

2. Tôi đang nộp đơn xin Miễn trừ Người cao tuổi và Người tàn tật

Tôi hiện đang sống tại:

hỗ trợ cuộc sống Nhà riêng Viện dưỡng lão Bệnh viện Vô gia cư Tôi muốn nhận các dịch vụ AD

Waiver:

hỗ trợ cuộc sống Nhà riêng

3. Tôi đang nộp đơn xin Miễn trừ chấn thương sọ não

Bạn bị chấn thương sọ não?

Đúng Không

Chấn thương xảy ra sau khi sinh và không phải do di truyền, bẩm sinh hay thoái hóa?

Đúng Không

PHẦN 1: Người nộp đơn

| | |
|---------------|----|
| Viết tắt giữa | Họ |
|---------------|----|

1. Tên Ext. 2. Liệt kê bất kỳ tên nào trước đây được sử dụng, kể cả tên thời con gái, nếu có:

| | |
|-----|------------------------------|
| SSN | Điện thoại (bao gồm mã vùng) |
|-----|------------------------------|

3. Ngày sinh Giới tính

| | |
|-----------|-----------|
| Thành phố | Tiểu bang |
|-----------|-----------|

| | |
|-----------|-----------|
| Thành phố | Tiểu bang |
|-----------|-----------|

4. Địa chỉ Zip 5. Địa chỉ gửi thư Zip 6. E-mail

7. Ngôn ngữ ưa thích

số 8. Bạn hoặc một thành viên gia đình đã từng phục vụ trong quân đội?

Đúng Không

Nếu có, tên: _____

9. Chữ ký

10. Mối quan hệ với người nộp đơn Ngày

DD-10 Rev. 4/2023

Vui lòng hoàn thành Phần 2 HOẶC Phần 3 HOẶC Phần 4 (chỉ MỘT phần)

MỤC 2: Đại Diện Được Ủy Quyền

Tôi từ 19 tuổi trở lên và tôi ủy quyền cho người đại diện sau (ví dụ: cha mẹ, bạn bè, tổ chức vận động chính sách) hỗ trợ và đồng ý tiết lộ thông tin. (Giấy phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ PHẢI được điền vào.)

Tiêu biểu, đại diện

Mối quan hệ với Điện thoại của Người nộp đơn (bao gồm mã vùng)

| |
|-----------|
| Thành phố |
|-----------|

Địa chỉ Zip

PHẦN 3: Giám hộ/Luật sư thực tế

1. Tôi từ 19 tuổi trở lên và có người giám hộ hoặc Luật sư thực tế do tòa chỉ định (còn được gọi là Giấy ủy quyền hoặc POA).

Đúng Không

2. Tên của Người giám hộ hoặc Luật sư trong Số điện thoại Thực tế (bao gồm mã vùng)

| |
|-----------|
| Thành phố |
|-----------|

3. Địa chỉ Zip

Nếu bạn có thêm người giám hộ, vui lòng liệt kê thông tin được yêu cầu ở trên trên một tờ riêng và đính kèm. **PHẦN 4: Cha mẹ của trẻ vị thành niên**

1. Người nộp đơn là trẻ vị thành niên dưới 19 tuổi.

Đúng Không Nếu có, hãy trả lời như sau:

2. Tên của (các) phụ huynh Điện thoại (bao gồm cả mã vùng)

| | |
|-----------|-----------|
| Thành phố | Tiểu bang |
|-----------|-----------|

3. Địa chỉ Zip

Vui lòng hoàn thành Phần 5 và 6

PHẦN 5: Chăm sóc nuôi dưỡng

1. Người nộp đơn đang hoặc đã từng là trẻ em dưới sự giám hộ hợp pháp của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska. Đúng Không

Nếu hiện đang được chăm sóc nuôi dưỡng, tên của CFS hoặc CFOM Điện thoại Nhân viên (bao gồm cả mã vùng) 2.

Nếu có, tên của nhân viên phụ trách NFC Điện thoại (bao gồm mã vùng)

PHẦN 6: Quốc tịch/Cư trú

1. Tôi là công dân Hoa Kỳ

Đúng Không

| |
|-----------|
| Tiểu bang |
|-----------|

2. Nơi sinh: Thành phố Quốc gia

3. Tôi là người nước ngoài đủ điều kiện theo Đạo luật Nhập cư & Quốc tịch Liên bang

Đúng Không

4. Số ngoại kiều Tình trạng nhập cư

5. Tôi là cư dân hợp pháp của Nebraska

Đúng Không

PHẦN 7 (không bắt buộc): Thông tin bổ sung

Nếu có bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến ứng dụng này mà bạn muốn chúng tôi biết, hãy ghi lại ở đây. *Nếu không, hãy chuyển sang phần tiếp theo.*

PHẦN 8 (tùy chọn): Ghi Danh Cử Tri

1. Nếu bạn chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi bạn đang sống, bạn có muốn đăng ký bỏ phiếu không?

Đúng Không

Vui lòng hoàn thành Phần 9

PHẦN 9: Hồ sơ

Vui lòng gửi các hồ sơ sau đây cùng với đơn đăng ký này hoặc cung cấp tên và thông tin liên hệ để DDD có thể thu thập thông tin.

Tôi đồng ý cho phép thông tin của tôi được sử dụng và truy xuất từ các nguồn dữ liệu cho ứng

dụng này. Vui lòng liệt kê thêm thông tin liên hệ của trường học hoặc y tế trên một tờ riêng và đính

kèm.

1. báo cáo giáo dục (tức là Báo cáo của Nhóm Đa ngành (MDT) trong mười năm qua.

2. Địa chỉ trường học

| | |
|-----------|----------|
| Tiểu bang | khóa kéo |
|-----------|----------|

Điện thoại thành phố (bao gồm mã vùng)

3. Báo cáo/chẩn đoán của bác sĩ có liên quan (tức là về y tế, hội chứng/rối loạn di truyền) với các loại thuốc được kê đơn hiện tại (bao gồm mục đích dùng thuốc, liều lượng và tần suất dùng thuốc).

khuyết tật cụ thể

4. Bác sĩ

DD-10 Trang 3

Địa chỉ nhà

| | |
|-----------|----------|
| Tiểu bang | khóa kéo |
|-----------|----------|

Điện thoại thành phố (bao gồm mã vùng)

5. Báo cáo từ nhà tâm lý học được cấp phép trong năm năm qua.

không có sẵn

6. nhà tâm lý học

Địa chỉ nhà

| | |
|-----------|----------|
| Tiểu bang | khóa kéo |
|-----------|----------|

Điện thoại thành phố (bao gồm mã vùng)

7. Báo cáo từ bác sĩ tâm thần và nhà trị liệu/tư vấn trong năm năm qua.

không có sẵn

số 8. Bác sĩ tâm lý

Địa chỉ nhà

| | |
|-----------|----------|
| Tiểu bang | khóa kéo |
|-----------|----------|

Điện thoại thành phố (bao gồm mã vùng) 9. Nhà trị liệu hoặc cố vấn

Địa chỉ nhà

| | |
|-----------|----------|
| Tiểu bang | khóa kéo |
|-----------|----------|

Điện thoại thành phố (bao gồm mã vùng) 10. Bản sao giấy tờ giám hộ do tòa án chỉ định (nếu đương đơn từ 19 tuổi trở lên và có người giám hộ do tòa án chỉ định).

Vui lòng nộp hồ sơ và hồ sơ về:

Ứng dụng DD
Khoa Khuyết tật Phát triển
Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska
301 Centennial Mall Nam
SAU ĐÓ Hộp 98947
Lincoln, NE 68509-8947
hoặc Fax: (402) 328-6243
hoặc E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
hoặc gửi email đến: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Ứng dụng AD (AD/TBI)
Khoa Khuyết tật Phát triển
Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska
301 Centennial Mall Nam
SAU ĐÓ Hộp 98947

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska
Ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ

Việc không ký tên vào biểu mẫu này sẽ không ảnh hưởng đến việc điều trị hoặc thanh toán, tuy nhiên nó có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh hoặc điều kiện nhận một số lợi ích nhất định, được cung cấp theo Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska. Tôi hiểu những ưu điểm và nhược điểm và tự do và tự nguyện cho phép tiết lộ thông tin cụ thể về tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi không bắt buộc phải tiết lộ số an sinh xã hội của mình, mặc dù việc tiết lộ có thể giúp cung cấp thông tin dễ dàng hơn hoặc nhanh hơn.

Tên (Họ, Tên, Tên lót) Ngày sinh

| |
|---------------------------------|
| Trường hợp/Biểu đồ # (nếu biết) |
|---------------------------------|

Số an sinh xã hội Thời hạn được bảo hiểm

Thông tin sẽ được tiết lộ cho: (Tên, Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, Zip) Ban Khuyết tật Phát triển Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska 301 Centennial Mall Nam PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 Hoặc Fax: (402) 328-6243 hoặc E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov hoặc gửi email đến: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Thông tin được tiết lộ theo sự cho phép này chỉ giới hạn ở các hồ sơ/thông tin từ hoặc sở hữu của các bên liên quan.

Thông tin cụ thể được công bố:

Lý do tiết lộ:

X Quyết định về tính đủ điều kiện X Yêu cầu của tôi

Yêu cầu bồi thường bảo hiểm

Mục Đích Pháp Lý

Tư vấn và/hoặc lập kế hoạch điều trị

Khác (cụ thể):

Thông tin cụ thể được công bố:

Tất cả các thông tin có thể được tiết lộ liên quan ở trên Tất cả các thông tin, hồ sơ hoặc cá nhân phi y tế khác đối với các tài liệu của Trung tâm Lạm dụng và Bỏ bê Người lớn liên quan đến cá nhân trên mà Cơ quan đăng ký và Trung tâm Lạm dụng và Bỏ bê Trẻ em có thể được tiết lộ.

Sổ đăng ký. Đánh giá & Điều trị Tâm lý Mẫu giới thiệu chăm sóc sau Lịch sử xã hội

Tóm tắt xuất viện X-quang & Kết quả chẩn đoán hình ảnh khác Chẩn đoán Điều trị lạm dụng rượu và/hoặc ma túy Bệnh sử & Khám sức khỏe Thông tin xét nghiệm di truyền Phòng thí nghiệm Thông tin về HIV/AIDS Thuốc Thiếu máu hồng cầu hình liềm Ghi chú Tiến bộ Khác (cụ thể): Lịch sử & Điều trị Tâm thần

Giấy cho phép này (trừ khi bị thu hồi sớm hơn bằng văn bản) sẽ hết hiệu lực vào

_____ (phải có ngày hoặc sự kiện được điền vào). Khi ký tên cho phép này, tôi xác nhận rằng thông tin được tiết lộ có thể bao gồm tài liệu được luật pháp Liên bang hoặc Tiểu bang bảo vệ, bao gồm thông tin về quyền lợi hoặc ghi danh; thông tin sức khỏe được bảo vệ có thể bao gồm thông tin liên quan đến Ma túy/Rượu, HIV hoặc bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm. Chữ ký của tôi cho phép tiết lộ tất cả các thông tin này. Tôi cũng hiểu rằng sự cho phép này có thể bị thu hồi bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản theo Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư hiện hành của DHHS (nếu gửi cho DHHS), hoặc bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản cho tổ chức hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc bằng cách khác, và nó sẽ được vinh danh ngoại trừ

thông tin đã được tiết lộ. Tôi cũng hiểu nếu người nhận thông tin không phải là một chương trình sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư.

Chữ ký của khách hàng Ngày

Chữ ký của người giám hộ (nếu có) Ngày

THÔNG BÁO CHO NGƯỜI NHẬN

Thông tin này đã được tiết lộ cho bạn từ các hồ sơ có tính bảo mật được bảo vệ bởi luật tiểu bang và liên bang (bao gồm Quy định Liên bang, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Phần 2 và Phần 431, Phần phụ F) cấm bạn tiết lộ thêm thông tin đó mà không có sự đồng ý cụ thể bằng văn bản của người mà nó liên quan hoặc được cho phép bởi các quy định đó. Các quy tắc liên bang hạn chế bất kỳ việc sử dụng thông tin nào để điều tra hoặc truy tố hình sự bất kỳ bệnh nhân nghiện rượu hoặc ma túy nào. Giấy phép chung cho việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là **KHÔNG** đủ cho mục đích này.

DD-10 Trang 5

Tôi hiểu rằng việc không hoàn thành các nghĩa vụ dưới đây có thể dẫn đến việc từ chối hoặc chấm dứt tài trợ cho các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng.

Thông báo về Quyền

Là một người đã yêu cầu các dịch vụ dành cho người khuyết tật phát triển, tôi hiểu rằng tôi có các quyền sau: •

Quyền nhận thông báo bằng văn bản về bất kỳ quyết định nào, bất kỳ sự chấm dứt hoặc thay đổi nào đối với các dịch vụ đã được cho phép trước đó.

- Quyền nộp đơn kháng cáo bằng văn bản về bất kỳ quyết định hoặc hành động nào và có một phiên điều trần công bằng về kháng cáo của tôi. Tôi hiểu rằng tôi phải kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ ngày tôi nhận được bất kỳ Thông báo Quyết định nào.

Thông báo về nghĩa vụ

Khi tài trợ được phân bổ, tôi hiểu và đồng ý với các nghĩa vụ sau:

- Tôi phải đăng ký và chấp nhận tất cả các phúc lợi mà tôi có thể hội đủ điều kiện nhận, có thể bao gồm các dịch vụ miễn trừ SSI, SSA, Nebraska Medicaid và Home & Community. Tôi đồng ý thực hiện hành động để duy trì tính đủ điều kiện nhận tất cả các phúc lợi mà tôi có thể đủ điều kiện nhận.
- Tôi phải thanh toán số tiền nghĩa vụ chia sẻ chi phí Medicaid của tôi cho nhà cung cấp của tôi hàng tháng khi tôi được thông báo về nghĩa vụ đó.
- Tôi phải hoàn thành và gửi thông tin bắt buộc trước khi bắt đầu các dịch vụ được tài trợ, hàng năm hoặc theo yêu cầu. Điều này có thể bao gồm thông tin về lợi ích và tài nguyên hoặc bản sao tờ khai thuế của tôi để xác định khả năng chi trả của tôi cho các dịch vụ khuyết tật phát triển dựa vào cộng đồng.
- Tôi phải tham gia vào bất kỳ đánh giá hoặc đánh giá nào cần thiết để duy trì các dịch vụ của mình, bao gồm nhưng không giới hạn ở (các) đánh giá tâm lý, y tế hàng năm và nha khoa, cũng như Quy trình Đánh giá Khách quan.

Ứng dụng DD
Khoa Khuyết tật Phát triển
Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska
301 Centennial Mall Nam
SAU ĐÓ Hộp 98947
Lincoln, NE 68509-8947
hoặc Fax: (402) 328-6243
hoặc E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
hoặc gửi email đến: DHHS.HCBSWaiverApp@nebraska.gov

Ứng dụng AD (AD/TBI)
Khoa Khuyết tật Phát triển

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska
301 Centennial Mall Nam
SAU ĐÓ Hộp 98947
Lincoln, NE 68509-8947
hoặc Fax: (402) 328-6257
hoặc gửi email đến: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov