

居家和社區服務 (HCBS) 豁免計劃申請書

本申請適用於所有居家和社區服務 (HCBS) 豁免計劃。需要服務的人士即為申請人。若需要協助或其他格式，請告知我們。如有疑問，可致電 877 - 667 - 6266。請選出您正在申請的居家和社區服務 (HCBS) 豁免計劃類型：

- ☐ 智力或發育障礙 (ID/DD)
☐ 老年及殘障 (AD)
☐ 腦外傷 (TBI)

1. ☐ 我正在申請智力或發育障礙豁免計劃
您是否患有智力或發育障礙？
☐ 是 ☐ 否
您的智力或發育障礙是否在 22 歲之前發生？
☐ 是 ☐ 否

2. ☐ 我正在申請老年及殘障豁免計劃
我目前居住在：
☐ 輔助生活住所 ☐ 私人住宅 ☐ 養老院 ☐ 醫院 ☐ 無家可歸
我希望能獲得老年及殘障 (AD) 豁免計劃服務：
☐ 輔助生活住所 ☐ 私人住宅

3. ☐ 我正在申請腦外傷豁免計劃您是否患有腦外傷？
☐ 是 ☐ 否
該傷害是否是在出生後發生，且非遺傳、先天性或退化性的？
☐ 是 ☐ 否

第一部分：申請人

1. 名字	中間名縮寫	姓氏	(電話) 分機號
-------	-------	----	----------

2. 列出曾用過的任何名字，若適用的話，包括婚前姓氏：

3. 出生日期	社會安全號碼	電話 (含區號)	性別
---------	--------	----------	----

4. 地址	城市	州	郵政編碼
-------	----	---	------

5. 郵寄地址	城市	州	郵政編碼
---------	----	---	------

6. 電子郵件

7. 首選語言

8. 您或您的家人曾在軍隊服役過嗎？

☐ 是 ☐ 否

如果是，姓名：_____

9. 簽名

10. 與申請人的關係	日期
-------------	----

請填寫第二部分或第三部分或第四部分 (僅填寫其中一個部分)

第二部分:授權代表

我已滿 19 歲,我授權以下代表(例如父母、朋友、倡導組織)提供協助,並同意信息的公開披露。(必須填寫《受保護健康信息披露授權書》。)

代理人

與申請人的關係		電話(含區號)
地址	城市	郵政編碼

第三部分:監護權 / 事實上的代理人

1. 我已滿 19 歲,並且有法庭指定的監護人或事實上的代理人(也稱為授權書或委託書代理人)

☐ 是 ☐ 否

2. 監護人或事實上的代理人的姓名		電話(含區號)
3. 地址	城市	郵政編碼

如果您還有其他監護人,請在另一張紙上列出上述要求的信息並附上。

第四部分:未成年人的父母

1. 申請人是未滿 19 歲的未成年子女

☐ 是 ☐ 否 如果是,請回答以下問題:

2. 父母的姓名		電話(含區號)	
3. 地址	城市	州	郵政編碼

請填寫第五部分和第六部分**第五部分:寄養照護**

1. 申請人目前是或曾經是內布拉斯加州衛生及公共服務部合法監護的兒童

☐ 是 ☐ 否

如果目前正在接受寄養照護,兒童及家庭服務(CFS)或兒童及家庭服務管理(CFOM)工作人員的姓名	電話(含區號)
2. 如果適用,全國家庭服務(NFC)個案工作者的姓名	電話(含區號)

第六部分:公民身份 / 居住權

1. 我是美國公民

☐ 是 ☐ 否

2. 出生地:城市	州	國家
3. 我是《聯邦移民及國籍法》所規定的合資格外國人 ☐ 是 ☐ 否		
4. 外國人登記號碼	移民身份	

5. 我是內布拉斯加州的合法居民

☐ 是 ☐ 否

第七部分(可選):附加信息

如果有任何與此申請相關的其他信息您希望我們瞭解，請在此處注明。如果沒有，請繼續下一節內容。

第八部分(可選):選民登記

1. 如果您目前在所居住的地方未進行選民登記，您是否想要申請進行選民登記呢？
☐ 是 ☐ 否

請填寫第九部分

第九部分:檔案記錄

請隨本申請一同提交以下檔案記錄，或者提供相關人員的姓名及聯繫信息，以便殘障人士發展部(DDD)能夠收集到這些信息。

- ☐ 我同意允許在本申請中使用並從數據源獲取我的信息

請在另一張紙上列出其他學校或醫療方面的聯繫信息並附上。

-
1. 教育報告(即過去十年的多學科團隊(MDT)報告)。

2. 學校		地址	
城市	州	郵政編碼	電話(含區號)

-
3. 相關醫師的報告 / 診斷(即醫療、遺傳綜合徵 / 障礙方面的)以及目前所開處方的藥物(包括藥物用途、劑量和服用頻率)。
具體殘障情況
-

4. 從業醫師

地址

城市	州	郵政編碼	電話(含區號)
----	---	------	---------

5. 過去五年持牌心理學家的報告。

☐ 無可提供

6. 心理學家

地址

城市	州	郵政編碼	電話(含區號)
----	---	------	---------

7. 過去五年精神科醫生及治療師 / 輔導員的報告。

☐ 無可提供

8. 精神科醫生

地址

城市	州	郵政編碼	電話(含區號)
----	---	------	---------

9. 治療師或輔導員

地址

城市	州	郵政編碼	電話(含區號)
----	---	------	---------

10. 法庭指定監護權文件的副本(如果申請人年滿 19 歲且有法庭指定的監護人)。

請將申請表及相關檔案提交至:殘障發展部申請

處

發展障礙部門

內布拉斯加州衛生及公共服務部發展性殘障分部百年商場南大街 301 號

郵政信箱 98947 號

林肯市, 內布拉斯加州 68509-8947

或傳真至:(402)328-6243

或電子傳真至:DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov或發電子郵件至:

DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

老年及殘障(AD/TBI)申請處

發展障礙部門

內布拉斯加州衛生及公共服務部發展性殘障分部百年商場南大街 301 號

郵政信箱 98947 號

林肯市, 內布拉斯加州 68509-8947

或傳真至:(402)328-6257

或發電子郵件至:DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

內布拉斯加州衛生與公眾服務部
受保護健康信息披露授權書

未簽署此表格不會影響治療或支付,但可能會影響根據內布拉斯加州衛生及公共服務部規定的入學資格或某些福利的獲取資格。我了解其中的利弊,並自願且自由地同意披露關於我的特定信息。我也明白我並非必須披露自己的社會安全號碼,不過披露該號碼可能會使信息的提供更便捷或更迅速。

姓名 (姓氏、名字、中間名縮寫)		出生日期
社會安全號碼	病例 / 病歷編號 (如有)	所涉期間
信息將披露給: (姓名、地址、城市、州、郵政編碼) 發展性殘障分部 內布拉斯加州衛生及公共服務部發展性殘障分部百年商場南大街 301 號 郵政信箱 98947 號, 林肯市, 內布拉斯加州 68509 - 8947 或傳真至: (402)328-6243 或電子傳真至: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov 或發電子郵件至: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov 依據本授權書將披露的信息僅限於相關各方所持有或產生的記錄 / 信息。		披露原因: ☒ 資格判定 ☒ 我的要求 ☐ 保險索賠 ☐ 法律用途 ☐ 會診和 / 或治療規劃 ☐ 其他 (請詳細說明):

需披露的具體信息:

- | | |
|---|--|
| ☐ 與上述 (內容) 有關的所有可披露的信息 療信息、記錄或個人情況 和兒童虐待及疏忽中央登記處的文件 登記處。
☐ 出院後轉診表格
☐ 出院總結
☐ 診斷
☐ 病史及身體檢查
☐ 實驗室檢查
☐ 藥物
☐ 病程記錄
☐ 精神病史及治療 | ☐ 與成人虐待及疏忽中央登記處有關的所有其他非醫 與上述個人有關且涉及成人虐待及疏忽中央登記處 可以被公佈。
☐ 心理評估及治療
☐ 社會史
☐ X 光及其他診斷性影像檢查結果
☐ 酗酒和 / 或藥物濫用治療
☐ 基因檢測信息
☐ 艾滋病毒 / 艾滋病信息
☐ 鐮狀細胞貧血
☐ 其他 (請詳細說明): |
|---|--|

本授權書 (除非提前以書面形式撤銷) 應於 _____ (必須填寫日期或事件) 終止。通過簽署本授權書, 我知悉將被披露的信息可能包含受聯邦或州法律保護的材料, 包括福利或入學資格信息; 受保護的健康信息, 其中可能包括與毒品 / 酒精、艾滋病病毒或鐮狀細胞貧血相關的信息。我的簽名授權披露所有這些信息。我亦明白, 可按照當時有效的內布拉斯加州衛生及公共服務部 (DHHS) 隱私實務通知 (如涉及 DHHS), 或以書面形式向醫療服務提供者或機構提出請求, 或以其他方式, 在任何時候撤銷本授權書 且除已披露的信息外, 撤銷要求將得到尊重。我還了解, 如果信息的接收方不是醫療保險計劃或醫療服務提供者, 該信息可能不再受隱私法律的保護。

委託人簽名	日期
監護人簽名 (如適用)	日期

收件人注意事項

此信息是從受州及聯邦法律 (包括聯邦法規, 《美國法典》第 38 編第 1.460 - 1.499 條、《美國聯邦法規》第 42 編第 2 部分及第 431 編 F 子部分) 保護其保密性的檔案記錄中向你披露的。這些法律法規禁止你在未獲得相關人士的特定書面同意或未獲得此類法規另行允許的情況下, 對該信息作任何進一步披露。聯邦規則限制將該信息用於對任何酗酒或吸毒患者進行刑事調查或起訴。為此目的, 一般性的醫療或其他信息披露授權是不夠的。

- ☐ 我明白, 如果未能履行以下義務, 可能會導致家庭和 社區基礎服務的資助被拒絕或終止。

權利通知

作為一名已申請發展性障礙服務的人士，我明白自己擁有以下權利：

- 有權收到任何已獲授權服務的決定、終止或變更的書面通知。
- 有權就任何決定或行動提交書面上訴，並就我的上訴進行公正的聽證。我明白，我必須在收到任何決定通知之日起 90 天內提出上訴。

義務通知

當獲得資金分配時，我明白並同意以下義務：

- 我必須申請並接受我可能符合資格獲取的所有福利，這可能包括社會安全生活補助金 (SSI)、社會安全福利金 (SSA)、內布拉斯加州醫療補助計劃，以及家庭和社區服務豁免計劃。我同意採取行動以維持我可能符合資格獲取的所有福利的獲取資格。
- 當我被告知有支付義務時，我必須每月向我的服務提供者支付我應承擔的醫療補助費用份額。
- 我必須在啟動獲資助服務之前、每年或按要求完成並提交所需信息。這可能包括福利和資源信息，或者我的納稅申報表副本，以便判定我支付社區性發展障礙服務的能力。
- 我必須參與為維持我的服務所需的任何評估或評價，這包括但不限於心理、年度醫療和牙科評價，以及客觀評估流程。

請將申請表及相關檔案提交至：殘障發展部申請：

處
發展障礙部門
內布拉斯加州衛生及公共服務部發展性殘障分部百年商場南大街 301 號
郵政信箱 98947 號
林肯市，內布拉斯加州 68509-8947
或傳真至：(402)328-6243
或電子傳真至：DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov或發電子郵件至：DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

老年及殘障 (AD/TBI) 申請處
發展障礙部門
內布拉斯加州衛生及公共服務部發展性殘障分部百年商場南大街 301 號
郵政信箱 98947 號
林肯市，內布拉斯加州 68509-8947
或傳真至：(402)328-6257
或發電子郵件至：DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov
