

该申请适用于所有家庭和社区服务 (HCBS) 豁免。需要服务的人为申请人。如果需要帮助或其他格式, 请告诉我们。如有问题, 请致电 877-667-6266 咨询。请选择你要申请的 HCBS 豁免:

- 智力或发育障碍 (ID/DD)
 老年人和残疾人 (AD)
 创伤性脑损伤 (TBI)

1. 我申请智力或发育障碍豁免
 你是否有智力或发育障碍?
 是 否
 你的智力或发育障碍是否发生在 22 岁之前?
 是 否

2. 我申请老年人和残疾人豁免
 我目前住在:
 辅助生活区 私人住宅 养老院 医院 无家可归
 我希望接受 AD 豁免服务:
 辅助生活区 私人住宅

3. 我申请创伤性脑损伤豁免
 你是否患有创伤性脑损伤吗?
 是 否
 损伤发生在出生后, 且不是遗传性、先天性或退行性的吗?
 是 否

第 1 部分: 申请人

1. 名字	中间名	姓氏	扩展
2. 列出以前使用过的姓名, 包括婚前姓氏 (如适用):			
3. 生日	社保号	电话 (含区号)	性别
4. 地址	城市	州	邮编
5. 收件地址	城市	州	邮编
6. 电子邮箱			
7. 首选语言			
8. 你或你的家人是否曾在军队服役? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果有, 姓名: _____			
9. 签名			
10. 与申请人的关系			日期

请填写第 2 部分或第 3 部分或第 4 部分(只填写一个部分)

第 2 部分: 授权代表

我已年满 19 岁,我授权以下代表(如父母、朋友、权益组织)提供协助并同意披露信息。(必须填写《受保护健康信息披露授权书》。)

代表

与申请人的关系		电话(含区号)
地址	城市	邮编

第 3 部分:监护人/代理人

1. 我已年满 19 岁,并有法院指定的监护人或代理人(也称为授权代理人或 POA)。
 是 否

2. 监护人或代理人姓名		电话(含区号)
3. 地址	城市	邮编

如果你有其他监护人,请在另一张表上列出上述要求的信息并附上。

第 4 部分:未成年人的父母

1. 申请人为 19 岁以下的未成年子女。
 是 否 如果是,请回答以下问题:

2. 父母姓名		电话(含区号)	
3. 地址	城市	州	邮编

请填写第 5 和第 6 部分

第 5 部分: 寄养

1. 申请人是或曾经是由内布拉斯加州卫生与公众服务部合法监护的儿童。
 是 否

如果目前处于寄养状态,请提供 CFS 或 CFS 工作人员的姓名	电话(含区号)
2. 如果适用,NFC 个案工作者的姓名	电话(含区号)

第 6 部分:公民身份/居留身份

1. 我是美国公民
 是 否

2. 出生地 城市	州	国家
-----------	---	----

3. 根据《联邦移民与国籍法》,我是一名合格的外国人
 是 否

4. 外国人编号	移民状态
----------	------

5. 我是内布拉斯加州的合法居民
 是 否

第 7 部分(可选): 附加信息

如果你希望我们了解与本申请相关的任何其他信息, 请在此处注明。如果没有, 则进入下一部分。

第 8 部分(可选): 选民登记

1. 如果你还未在你现在居住的地方登记投票, 你是否愿意申请登记投票?
 是 否

请填写第 9 部分

第 9 部分: 记录

请在提交申请时一并提交以下记录, 或提供姓名和联系信息, 以便 DD 收集信息。

- 我同意允许在此申请中使用我的信息并从数据源中检索我的信息。

请在另一张表上列出其他学校或医疗机构的联系信息并附上。

-
1. 教育报告 (即多学科小组 (MDT) 过去十年的报告)。

2. 学校

地址

城市

州

邮编

电话 (含区号)

-
3. 相关的医生报告/诊断 (即医学、遗传综合症/失调症) 和当前处方药物 (包括用药目的、剂量和用药频率)。

具体残疾

4. 执业医师

地址

城市	州	邮编	电话(含区号)
----	---	----	---------

5. 持证心理咨询师过去五年的报告

无

6. 心理咨询师

地址

城市	州	邮编	电话(含区号)
----	---	----	---------

7. 精神科医生和治疗师/顾问过去五年的报告。

无

8. 精神科医生

地址

城市	州	邮编	电话(含区号)
----	---	----	---------

9. 治疗师/顾问

地址

城市	州	邮编	电话(含区号)
----	---	----	---------

10. 法院指定的监护人文件副本(如果申请人年满 19 周岁且有法院指定的监护人)。

请将申请和记录提交至：

DD 申请

发育障碍处

内布拉斯加州卫生与公众服务部 南百年购物中心 301 号

邮箱 98947

林肯郡, 内华达州 68509-8947

或传真:(402) 328-6243

或电子传真: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov或发送电子邮件至:

DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD 申请 (AD/TBI)

发育障碍处

内布拉斯加州卫生与公众服务部 南百年购物中心 301 号

邮箱 98947

林肯郡, 内华达州 68509-8947

或传真:(402) 328-6257

或发送电子邮件至: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

未签署本表不会影响治疗或付款,但可能会影响注册或享受内布拉斯加州卫生与公众服务部提供的某些福利的资格。我了解其中的利弊,并自由、自愿地同意公开有关我的具体信息。我也了解,我不需要披露我的社会保险号,尽管披露社会保险号可能会使信息的提供更加方便或快捷。

姓名(姓氏、名字、中间名)		生日
社会保险号	病例/病历编号(如果知道)	覆盖时期
信息将披露给(姓名、地址、城市、州、邮政编码) 发展障碍处 内布拉斯加州卫生与公众服务部 南百年购物中心 301 号 邮箱 98947, 林肯郡, 内华达州 68509-8947 或传真:(402) 328-6243 或电子传真:DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov或发送电子邮件至: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov 根据本授权发布的信息仅限于适用方提供或拥有的记录/信息。		披露原因: <input checked="" type="checkbox"/> 资格认定 <input checked="" type="checkbox"/> 我的请求 <input type="checkbox"/> 保险理赔 <input type="checkbox"/> 法律用途 <input type="checkbox"/> 咨询和/或治疗规划 <input type="checkbox"/> 其他(请具体说明):

披露的具体信息:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 所有可披露的上述相关信息 关的文件,涉及成人虐待和忽视中心 被公开。 <input type="checkbox"/> 后续护理推荐表 <input type="checkbox"/> 出院小结 <input type="checkbox"/> 诊断 <input type="checkbox"/> 病史和身体检查 <input type="checkbox"/> 实验室结果 <input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 进度记录 <input type="checkbox"/> 精神病史及治疗 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 所有其他非医疗信息、记录或与上述个人相登记处及儿童虐待和忽视中心 可以 <input type="checkbox"/> 心理评估与治疗 <input type="checkbox"/> 社会历史 <input type="checkbox"/> X光及其他诊断成像结果 <input type="checkbox"/> 酒精和/或药物滥用治疗 <input type="checkbox"/> 基因检测信息 <input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病信息 <input type="checkbox"/> 镰状细胞性贫血 <input type="checkbox"/> 其他(请具体说明): |
|---|--|

本授权(除非提前以书面形式撤销)应于 _____ (必须填写日期或事件) 终止。通过签署此授权书,我承认要发布的信息可能包括受联邦或州法律保护的材料,包括福利或登记信息;受保护的健康信息可能包括药物/酒精、艾滋病毒或镰状细胞性贫血相关信息。我的签名授权发布所有这些信息。我还了解,此项授权可随时通过根据当时的 DHHS 隐私惯例通知(如果向 DHHS 提出) 提交书面申请,或通过向医疗保健提供者或实体提交书面申请,或以其他方式撤销,并且此项授权均会被尊重,除已发布的信息外。我还了解,如果信息的接收者不是健康计划或医疗保健提供者,则该信息可能不再受隐私法的保护。

客户签名	日期
监护人签名(如适用)	日期

收件人须知

该信息是从受州和联邦法律(包括联邦法规 38 CFR 1.460-1.499、42 CFR 第 2 部分和第 431 部分、子部分 F) 保护的记录中向你披露的,这些法律禁止你在未经相关人员的具体书面同意或此类法规另行允许的情况下进一步披露该信息。联邦法规限制使用这些信息对任何酗酒或吸毒患者进行刑事调查或起诉。对于发布医疗或其他信息的一般授权不足以达到此目的。

- 我了解,未能履行以下义务可能会导致家庭和社区服务的资金被拒绝 或终止。

权利通知

作为请求发育障碍服务的人,我了解我拥有以下权利:

- 有权收到关于任何决定、终止或变更先前授权服务的书面通知。
- 有权以书面形式对任何决定或行动提出上诉,并对我的上诉进行公正的审理。我了解 我必须在收到任何决定通知之日起 90 天内提出上诉。

义务通知

当资金被分配时,我了解并同意以下义务:

- 我必须申请并接受我可能有资格获得的所有福利,其中可能包括 SSI、SSA、内布拉斯加州医疗补助以及家庭和社区豁免服务。我同意采取行动来保持我可能有资格获得的所有福利的资格。
- 当我被告知有义务时,我必须每月向我的提供者支付我应承担的医疗补助分摊费用。
- 我必须在开始资助服务之前、每年或根据要求填写并提交所需信息。这可能包括福利和资源信息或我的纳税申报表副本,以确定我支付社区发育障碍服务的能力。
- 我必须参加维持我的服务所需的任何评估或评价,包括但不限于心理、年度医疗和牙科评估,以及客观评估程序。

请将申请和记录提交至:

DD 申请

发育障碍处

内布拉斯加州卫生与公众服务部 南百年购物中心 301 号

邮箱 98947

林肯郡,内华达州 68509-8947

或传真:(402) 328-6243

或电子传真:DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

或发送电子邮件至:

DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD 申请 (AD/TBI)

发育障碍处

内布拉斯加州卫生与公众服务部 南百年购物中心 301 号

邮箱 98947

林肯郡,内华达州 68509-8947

或传真:(402) 328-6257

或发送电子邮件至:DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov
