

Demande de dérogation pour les services à domicile et communautaires (HCBS)

Cette application est destinée à tous les dérogations pour les services à domicile et en communauté (HCBS). La personne nécessitant des services est le demandeur. Informez-nous si une assistance ou un format alternatif est nécessaire. Vous pouvez contacter le 877-667-6266 pour toute question. Veuillez sélectionner la dérogation HCBS pour laquelle vous postulez :

- Déficiences intellectuelles ou développementales (ID/DD)
- Âgés et handicapés (AD)
- Lésion cérébrale traumatique (TBI)

1. Je postule pour la dérogation liée aux déficiences intellectuelles ou développementales.
Avez-vous une déficience intellectuelle ou développementale?
 Oui Non
Votre déficience intellectuelle ou développementale est-elle survenue avant l'âge de 22 ans?
 Oui Non

2. Je postule pour la dérogation liée aux personnes âgées et handicapées.
Je vis actuellement dans :
 Logement avec services de soutien Résidence privée Maison de soins Hôpital
 Sans domicile fixe
Je souhaite bénéficier des services de l'AD Waiver:
 Logement avec services de soutien Résidence privée

3. Je demande à bénéficier de l'exonération pour lésions cérébrales traumatiques
Souffrez-vous d'une lésion cérébrale traumatique?
 Oui Non
La lésion est-elle survenue après la naissance et n'est-elle pas héréditaire, congénitale ou dégénérative?
 Oui Non

SECTION 1 : Demandeur

1. Prénom	Initiale du deuxième prénom	Nom de famille	Poste
-----------	-----------------------------	----------------	-------

2. Indiquez tous les noms précédemment utilisés, y compris le nom de jeune fille, le cas échéant :

3. Date de naissance	Numéro de sécurité sociale (SSN)	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Sexe
----------------------	----------------------------------	--	------

4. Adresse	Ville	État	Zip
------------	-------	------	-----

5. Adresse postale	Ville	État	Zip
--------------------	-------	------	-----

6. E-mail

7. Langue préférée

8. Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez déjà servi dans l'armée ?

- Oui Non

Si oui, nom: _____

9. Signature

10. Lien de parenté avec le demandeur	Date
---------------------------------------	------

Veillez compléter la section 2 OU la section 3 OU la section 4 (UNE seule section)

SECTION 2 : Représentant autorisé

J'ai 19 ans ou plus et j'autorise le représentant suivant (par exemple, un parent, un ami, une organisation de défense des droits) à fournir de l'assistance et à consentir à la divulgation d'informations. (L'autorisation de divulgation d'informations médicales protégées DOIT être remplie.)

Représentant

Lien avec le demandeur		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
Adresse	Ville	Zip

SECTION 3 : Tutelle / Mandataire

1. J'ai 19 ans ou plus et j'ai un tuteur ou un mandataire désigné par le tribunal (également connu sous le nom de procuration ou POA).

Oui Non

2. Nom du tuteur ou du mandataire		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
3. Adresse	Ville	Zip

Si vous avez d'autres tuteurs, veuillez indiquer les informations demandées ci-dessus sur une feuille séparée et l'attacher.

SECTION 4 : Parent d'un mineur

1. Le demandeur est un enfant mineur de moins de 19 ans.

Oui Non Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes:

2. Nom du(des) parent(s)		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	
3. Adresse	Ville	État	Zip

Veillez compléter les sections 5 et 6

SECTION 5: Soins d'accueil

1. Le demandeur est ou a été un enfant sous la garde légale du Département de la santé et des services humains du Nebraska.

Oui Non

Si vous êtes actuellement en famille d'accueil, nom du travailleur CFS ou CFOM	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
2. Le cas échéant, nom du travailleur social NFC	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

SECTION 6: Citoyenneté / Résidence

1. Je suis citoyen(ne) des États-Unis

Oui Non

2. Lieu de naissance : Ville	État	Pays
------------------------------	------	------

3. Je suis un(e) étranger(ère) qualifié(e) en vertu de la loi fédérale sur l'immigration et la nationalité

Oui Non

4. Numéro de l'étranger	Statut d'immigration
-------------------------	----------------------

5. Je suis un résident légal du Nebraska

Oui Non

SECTION 7 (facultative) : Informations complémentaires

Si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations relatives à cette demande, veuillez les indiquer ici. *Si ce n'est pas le cas, passez à la section suivante.*

SECTION 8 (facultative) : Inscription sur les listes électorales

1. Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales là où vous vivez actuellement, souhaitez-vous demander à vous inscrire sur les listes électorales ?

Oui Non

Veillez compléter la section 9

SECTION 9: Registres

Veillez joindre les documents suivants à la présente demande ou fournir des noms et des coordonnées afin que le DDD puisse rassembler les informations.

J'accepte que mes informations soient utilisées et extraites de sources de données pour cette application.

Veillez indiquer les coordonnées supplémentaires de l'école ou du médecin sur une feuille séparée et la joindre.

1. Les rapports éducatifs (c'est-à-dire les rapports de l'équipe multidisciplinaire (MDT) pour les dix dernières années).

2. École		Adresse	
Ville	État	Zip	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

3. Rapports médicaux/diagnostics connexes (par exemple, syndrome/trouble médical ou génétique) avec les médicaments actuellement prescrits (y compris le but du médicament, la posologie et la fréquence d'administration).

Handicap spécifique

4. Médecin praticien

Adresse

Ville	État	Zip	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
-------	------	-----	--

5. Rapports d'un psychologue agréé pour les cinq dernières années.

Non disponible

6. Psychologue

Adresse

Ville	État	Zip	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
-------	------	-----	--

7. Rapports du psychiatre et du thérapeute/conseiller pour les cinq dernières années.

Non disponible

8. Psychiatre

Adresse

Ville	État	Zip	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
-------	------	-----	--

9. Thérapeute ou conseiller

Adresse

Ville	État	Zip	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
-------	------	-----	--

10. Copie des documents de tutelle (si le demandeur est âgé de 19 ans ou plus et a un tuteur désigné par le tribunal).

Veuillez envoyer le formulaire de candidature et les dossiers à l'adresse suivante DD:

Applications

Division des déficiences intellectuelles

Département de la santé et des services sociaux du Nebraska 301 Centennial Mall South

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

ou Fax: (402) 328-6243

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

ou Email to: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Applications AD (AD/TBI)

Division des déficiences intellectuelles

Département de la santé et des services sociaux du Nebraska 301 Centennial Mall South

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

ou Fax: (402) 328-6257

ou Email to: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

Le fait de ne pas signer ce formulaire n'aura aucune incidence sur le traitement ou le paiement, mais peut affecter l'inscription ou l'éligibilité à certaines prestations fournies par le ministère de la santé et des services sociaux du Nebraska. Je comprends les avantages et les inconvénients et j'autorise librement et volontairement la divulgation d'informations spécifiques me concernant. Je comprends également que je ne suis pas tenu(e) de divulguer mon numéro de sécurité sociale, bien que cette divulgation puisse faciliter ou accélérer la fourniture d'informations.

Nom (Nom, Prénom, M.I.)		Date de naissance
Numéro de Sécurité Sociale	Numéro de dossier/carte (s'il est connu)	Période couverte
Les informations seront divulguées à : (nom, adresse, ville, état, code postal) Division of Developmental Disabilities Département de la santé et des services sociaux du Nebraska 301 Centennial Mall South PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 ou Fax: (402) 328-6243 ou E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov ou Email to: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov Les informations à divulguer en vertu de la présente autorisation se limitent aux dossiers/informations provenant des parties concernées ou en leur possession.		Raison de la divulgation : <input checked="" type="checkbox"/> Détermination de l'éligibilité <input checked="" type="checkbox"/> Ma demande <input type="checkbox"/> Réclamation d'assurance <input type="checkbox"/> Objectifs juridiques <input type="checkbox"/> Consultation et/ou planification du traitement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

Informations spécifiques à divulguer :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toutes les informations qui peuvent être divulguées en rapport avec ce qui précède
<input type="checkbox"/> Formulaire d'orientation après la prise en charge
<input type="checkbox"/> Résumé de la décharge diagnostique
<input type="checkbox"/> Diagnostique
<input type="checkbox"/> Historique et examen physique
<input type="checkbox"/> Laboratoire
<input type="checkbox"/> Médicaments
<input type="checkbox"/> Notes d'avancement
<input type="checkbox"/> Historique psychiatrique et traitement | <input type="checkbox"/> Toutes les autres informations non médicales, les dossiers ou les personnes à la centrale des abus et négligences envers les adultes les documents relatifs à l'individu susmentionné qui ont été enregistrés et le Child Abuse and Neglect Central (Centre pour les abus et les négligences envers les enfants) pourrait être libéré.
<input type="checkbox"/> Évaluation et traitement psychologiques
<input type="checkbox"/> Histoire sociale
<input type="checkbox"/> Radiographies et autres résultats d'imagerie
<input type="checkbox"/> Traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie
<input type="checkbox"/> Informations sur les tests génétiques
<input type="checkbox"/> Informations sur le VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Anémie drépanocytaire
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |
|---|--|

La présente autorisation (à moins qu'elle ne soit révoquée plus tôt par écrit) prend fin le _____ (la date ou l'événement doit être renseigné). En signant cette autorisation, je reconnais que les informations à divulguer peuvent inclure des documents protégés par la loi fédérale ou d'État, y compris des informations sur les prestations ou l'inscription ; des informations sur la santé protégées, qui peuvent inclure des informations relatives à la drogue/ alcool, au VIH ou à l'anémie falciforme. Ma signature autorise la divulgation de toutes ces informations. Je comprends également que cette autorisation peut être révoquée à tout moment en soumettant une demande écrite conformément à la Notice of Privacy Practices du DHHS alors en vigueur (si elle est adressée au DHHS), ou en soumettant une demande écrite au prestataire de soins de santé ou à l'entité, ou de toute autre manière, et qu'elle sera honorée à l'exception des informations suivantes qui a déjà été diffusée. Je comprends également que si le destinataire des informations n'est pas un régime de santé ou un prestataire de soins de santé, les informations peuvent ne plus être protégées par les lois sur la protection de la vie privée.

Signature du client	Date
Signature du tuteur (le cas échéant)	Date

AVIS AU DESTINATAIRE

Ces informations vous ont été communiquées à partir de dossiers dont la confidentialité est protégée par les lois fédérales et de l'État (y compris les règlements fédéraux, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Part 2 et Part 431, Subpart F) qui vous interdisent de les divulguer à nouveau sans le consentement écrit spécifique de la personne à laquelle elles se rapportent ou sans y être autorisé par les règlements en question. Les règles fédérales limitent toute utilisation des informations dans le cadre d'une enquête criminelle ou de poursuites à l'encontre d'un patient souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Une autorisation générale de divulgation d'informations médicales ou autres n'est PAS suffisante à cette fin.

Je comprends que le non-respect des obligations ci-dessous peut entraîner le refus ou la cessation du financement pour les services à domicile et en communauté.

Avis des droits

En tant que personne ayant demandé des services de déficience intellectuelle, je comprends que j'ai les droits suivants:

- Le droit de recevoir une notification écrite de toute décision, de toute résiliation ou de toute modification des services précédemment autorisés.
- Le droit de faire appel par écrit de toute décision ou action et d'être entendu équitablement sur mon appel. Je comprends que je dois faire appel dans un délai de 90 jours à compter de la date de l'avis de décision que j'ai reçu.

Avis d'obligations

Lorsque le financement est alloué, je comprends et j'accepte les obligations suivantes:

- Je dois postuler et accepter tous les avantages auxquels je peux avoir droit, ce qui peut inclure SSI, SSA, Medicaid du Nebraska et les services de dérogation pour les services à domicile et en communauté. Je m'engage à prendre des mesures pour maintenir mon éligibilité à toutes les prestations auxquelles je peux prétendre.
- Je dois payer le montant de ma participation aux frais Medicaid à mon prestataire tous les mois lorsque je suis informé de cette obligation.
- Je dois compléter et soumettre les informations requises avant le début des services financés, annuellement ou sur demande. Il peut s'agir d'informations sur les prestations et les ressources ou d'une copie de mes déclarations d'impôts afin de déterminer ma capacité à payer les services de proximité en matière de troubles du développement.
- Je dois participer à toutes les évaluations nécessaires au maintien de mes services, y compris, mais sans s'y limiter, les évaluations psychologiques, médicales et dentaires annuelles, ainsi que le processus d'évaluation objective.

Veuillez envoyer le formulaire de candidature et les dossiers à l'adresse suivante

DD Applications
Division des déficiences intellectuelles
Département de la santé et des services sociaux du Nebraska 301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
ou Fax: (402) 328-6243
ou E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
ou Email to: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Applications AD (AD/TBI)
Division des déficiences intellectuelles
Département de la santé et des services sociaux du
Nebraska 301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
ou Fax: (402) 328-6257
ou Email to: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov