

Antrag für Home- und Community-Based-Service-Waiver (HCBS)

Dieser Antrag gilt für alle Home- und Community-Based-Service-Waiver (HCBS). Die Person, die Dienstleistungen benötigt, ist der Antragsteller. Bitte lassen Sie uns wissen, ob Unterstützung oder ein alternatives Format benötigt wird. Bei Fragen können Sie sich unter 877-667-6266 melden. Bitte wählen Sie den HCBS-Waiver, für den Sie sich bewerben:

- Geistige oder Entwicklungsstörungen (ID/DD)
 Alter und Behinderung (AD)
 Traumatische Hirnverletzung (TBI)

1. Ich beantrage den Waiver für geistige oder Entwicklungsstörungen.
 Haben Sie eine geistige oder Entwicklungsstörung?
 Ja Nein
 Trat Ihre geistige oder Entwicklungsstörung vor dem Alter von 22 Jahren auf?
 Ja Nein

2. Ich beantrage den Waiver für Alter und Behinderung. Ich wohne derzeit in:
 Betreutes Wohnen Privater Wohnsitz Pflegeheim Krankenhaus Obdachlos
 I would like to receive AD Waiver services:
 Betreutes Wohnen Privater Wohnsitz

3. Ich beantrage den Waiver für traumatische Hirnverletzungen.
 Haben Sie eine traumatische Hirnverletzung?
 Ja Nein
 Trat die Verletzung nach der Geburt auf und ist weder erblich, angeboren noch degenerativ?
 Ja Nein

ABSCHNITT 1: Antragsteller

1. Vorname	Mitte linitiale	Nachname	Erweiterung
------------	-----------------	----------	-------------

2. Listen Sie alle früher verwendeten Namen auf, einschließlich Geburtsname, falls zutreffend:

3. Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer (SSN)	Telefon (mit Vorwahl)	Geschlecht
-----------------	---------------------------------	-----------------------	------------

4. Adresse	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
------------	-------	-------------	--------------

5. Postanschrift	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
------------------	-------	-------------	--------------

6. E-mail

7. Bevorzugte Sprache

8. Haben Sie oder ein Familienmitglied jemals im Militär gedient?

Ja Nein

Falls ja, Name: _____

9. Unterschrift

10. Beziehung zum Antragsteller	Datum
---------------------------------	-------

Bitte füllen Sie Abschnitt 2 ODER Abschnitt 3 ODER Abschnitt 4 aus (nur EIN Abschnitt).

ABSCHNITT 2: Bevollmächtigter Vertreter

Ich bin 19 Jahre oder älter und bevollmächtige den folgenden Vertreter (z. B. Elternteil, Freund, Interessenvertretung), Unterstützung zu leisten und der Weitergabe von Informationen zuzustimmen. (Die Genehmigung zur Offenlegung geschützter Gesundheitsinformationen MUSS ausgefüllt werden.)

Vertreter

Beziehung zum Antragsteller		Telefon (mit Vorwahl)
Adresse	Stadt	Postleitzahl

ABSCHNITT 3: Vormundschaft/Vollmacht

1. Ich bin 19 Jahre oder älter und habe einen gerichtlich bestellten Vormund oder eine Vollmacht (auch bekannt als Power of Attorney oder POA).

Ja Nein

2. Name des Vormunds oder der Vollmacht		Telefon (mit Vorwahl)
3. Adresse	Stadt	Postleitzahl

Wenn Sie weitere Vormunde haben, listen Sie die oben angeforderten Informationen auf einem separaten Blatt auf und fügen Sie es bei.

ABSCHNITT 4: Eltern eines Minderjährigen

1. Der Antragsteller ist ein minderjähriges Kind unter 19 Jahren.

Ja Nein Falls ja, beantworten Sie Folgendes:

2. Name der Eltern		Telefon (mit Vorwahl)	
3. Adresse	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl

Bitte füllen Sie Abschnitt 5 und 6 aus.

ABSCHNITT 5: Pflegefamilie

1. Der Antragsteller ist oder war ein Kind in der gesetzlichen Obhut des Gesundheits- und Sozialdienstes von Nebraska.

Ja Nein

Falls derzeit in einer Pflegefamilie, Name des CFS- oder CFOM-Mitarbeiters		Telefon (mit Vorwahl)
2. Falls zutreffend, Name des NFC-Fallmanagers		Telefon (mit Vorwahl)

ABSCHNITT 6: Staatsbürgerschaft/Wohnsitz

1. Ich bin ein US-Bürger

Ja Nein

2. Geburtsort:	Bundesstaat	Land
----------------	-------------	------

3. Ich bin ein qualifizierter Ausländer gemäß dem Federal Immigration & Nationality Act

Ja Nein

4. Ausländernummer	Einwanderungsstatus
--------------------	---------------------

5. Ich bin ein rechtmäßiger Bewohner von Nebraska

Ja Nein

ABSCHNITT 7 (optional): Zusätzliche Informationen

Wenn es weitere Informationen gibt, die für diesen Antrag relevant sind und die Sie uns mitteilen möchten, notieren Sie diese hier. *Falls keine vorhanden sind, fahren Sie mit dem nächsten Abschnitt fort.*

ABSCHNITT 8 (optional): Wählerregistrierung

1. Wenn Sie an Ihrem aktuellen Wohnsitz nicht als Wähler registriert sind, möchten Sie sich registrieren lassen?

Ja Nein

Bitte füllen Sie Abschnitt 9 aus

ABSCHNITT 9: Unterlagen

Bitte reichen Sie die folgenden Unterlagen zusammen mit diesem Antrag ein oder geben Sie Namen und Kontaktinformationen an, damit die DDD die Informationen einholen kann.

Ich stimme zu, dass meine Informationen für diesen Antrag aus Datenquellen verwendet und abgerufen werden.

Bitte listen Sie zusätzliche Schul- oder medizinische Kontaktinformationen auf einem separaten Blatt auf und fügen Sie es bei.

1. Bildungsberichte (z. B. Berichte des Multidisziplinären Teams (MDT) der letzten zehn Jahre).

2. Schule

Adresse

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Telefon (mit Vorwahl)

3. Berichte/Diagnosen des zuständigen Arztes (z. B. medizinische, genetische Syndrome/Störungen) mit aktuellen verschriebenen Medikamenten (Zweck der Medikamente, Dosierung und Häufigkeit der Einnahme angeben).

Spezifische Behinderung

4. Mediziner

Adresse

Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	Telefon (mit Vorwahl)
-------	-------------	--------------	-----------------------

5. Berichte eines zugelassenen Psychologen der letzten fünf Jahre.

Keine verfügbar

6. Psychologe

Adresse

Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	Telefon (mit Vorwahl)
-------	-------------	--------------	-----------------------

7. Berichte eines Psychiaters und Therapeuten/Beraters der letzten fünf Jahre.

Keine verfügbar

8. Psychiater

Adresse

Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	Telefon (mit Vorwahl)
-------	-------------	--------------	-----------------------

9. Therapeut oder Berater

Adresse

Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	Telefon (mit Vorwahl)
-------	-------------	--------------	-----------------------

10. Kopie der gerichtlich angeordneten Vormundschaftspapiere (falls der Antragsteller 19 Jahre oder älter ist und einen gerichtlich bestellten Vormund hat).

Bitte senden Sie den Antrag und die

Unterlagen an:

Abteilung für Entwicklungsstörungen
Gesundheits- und Sozialdienstabteilung von Nebraska
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
oder Fax: (402) 328-6243
oder E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
oder E-Mail an: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD-Anträge (AD/TBI)

Abteilung für Entwicklungsstörungen
Gesundheits- und Sozialdienstabteilung von Nebraska
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
oder Fax: (402) 328-6257
oder E-Mail an: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

Genehmigung zur Offenlegung geschützter Gesundheitsinformationen

Das Nichtunterzeichnen dieses Formulars hat keinen Einfluss auf die Behandlung oder Bezahlung, könnte jedoch die Registrierung oder die Berechtigung für bestimmte Leistungen gemäß der Gesundheits- und Sozialdienstabteilung von Nebraska beeinträchtigen. Ich verstehe die Vor- und Nachteile und erteile freiwillig die Erlaubnis, spezifische Informationen über mich offenzulegen. Ich verstehe außerdem, dass ich nicht verpflichtet bin, meine Sozialversicherungsnummer anzugeben, obwohl die Angabe die Bereitstellung von Informationen erleichtern oder beschleunigen könnte.

Name (Nachname, Vorname, M.I.)		Geburtsdatum
Sozialversicherungsnummer	Akten-/Diagrammnummer (falls bekannt)	Abgedeckter Zeitraum
Informationen werden offengelegt an: (Name, Adresse, Stadt, Bundesstaat, Postleitzahl) Abteilung für Entwicklungsstörungen Gesundheits- und Sozialdienstabteilung von Nebraska Postfach 98947, Lincoln, NE 68509-8947 oder Fax: (402) 328-6243 oder E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov oder E-Mail an: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov Die aufgrund dieser Genehmigung offenzulegenden Informationen beschränken sich auf Aufzeichnungen/Informationen von oder im Besitz der zutreffenden Parteien.		Grund der Offenlegung: <input checked="" type="checkbox"/> Feststellung der Berechtigung <input checked="" type="checkbox"/> Mein Antrag <input type="checkbox"/> Versicherungsanspruch <input type="checkbox"/> Rechtliche Zwecke <input type="checkbox"/> Eratung und/oder Behandlungsplanung <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben): _____

Spezifische offenzulegende Informationen:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alle Informationen, die in Bezug auf oben Genanntes offengelegt werden können. <input type="checkbox"/> Nachsorgeüberweisungsformular <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht Bildgebungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Anamnese und körperliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Fortschrittsnotizen <input type="checkbox"/> Psychiatrische Anamnese und Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alle anderen nicht-medizinischen Informationen, Aufzeichnungen oder Dokumente, die sich auf die oben genannte Person beziehen und aus dem zentralen Register für Missbrauch und Vernachlässigung von Erwachsenen sowie dem zentralen Register für Kindesmissbrauch und -vernachlässigung freigegeben werden könnten. <input type="checkbox"/> Psychologische Bewertung und Behandlung <input type="checkbox"/> Sozialgeschichte <input type="checkbox"/> Röntgenaufnahmen und andere diagnostische <input type="checkbox"/> Alkohol- und/oder Drogenmissbrauchsbehandlung <input type="checkbox"/> Genetische Testergebnisse <input type="checkbox"/> HIV/AIDS-Informationen <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben): |
|--|--|

Diese Genehmigung (sofern nicht früher schriftlich widerrufen) endet am _____ (Datum oder Ereignis muss ausgefüllt sein). Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass die offenzulegenden Informationen Material enthalten können, das durch Bundes- oder Landesgesetze geschützt ist, einschließlich Leistungs- oder Registrierungsinformationen; geschützte Gesundheitsinformationen, die Informationen zu Drogen/Alkohol, HIV oder Sichelzellanämie enthalten können. Meine Unterschrift genehmigt die Offenlegung all dieser Informationen. Ich verstehe außerdem, dass diese Genehmigung jederzeit widerrufen werden kann, indem ein schriftlicher Antrag gemäß der zu diesem Zeitpunkt geltenden Datenschutzerklärung der DHHS (falls an DHHS gerichtet) oder an den Gesundheitsdienstleister oder die Institution eingereicht wird. Dies gilt mit Ausnahme von Informationen, die bereits offengelegt wurden. Ich verstehe auch, dass die Informationen möglicherweise nicht mehr durch Datenschutzgesetze geschützt sind, wenn der Empfänger kein Gesundheitsplan oder kein Gesundheitsdienstleister ist.

Unterschrift des Antragstellers	Datum
Unterschrift des Vormunds (falls zutreffend)	Datum

HINWEIS FÜR DEN EMPFÄNGER

Diese Informationen wurden Ihnen aus Unterlagen offengelegt, deren Vertraulichkeit durch staatliche und bundesstaatliche Gesetze geschützt ist (einschließlich der Bundesvorschriften 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Teil 2 und Teil 431, Unterabschnitt F), die es Ihnen verbieten, diese ohne die ausdrückliche schriftliche Zustimmung der betroffenen Person oder wie anderweitig durch diese Vorschriften erlaubt, weiterzugeben. Die Bundesvorschriften beschränken jede Verwendung der Informationen zur strafrechtlichen Untersuchung oder Verfolgung eines Alkohol- oder Drogenpatienten. Eine allgemeine Genehmigung zur Freigabe von medizinischen oder anderen Informationen ist für diesen Zweck NICHT ausreichend.

Ich verstehe, dass die Nichterfüllung der unten genannten Verpflichtungen zur Ablehnung oder Beendigung der Finanzierung von Home- und Community-Based-Diensten führen kann.

Hinweis auf Rechte

Als Person, die Dienstleistungen für Entwicklungsstörungen beantragt hat, verstehe ich, dass ich die folgenden Rechte habe:

- Das Recht, eine schriftliche Mitteilung über jede Entscheidung, jede Beendigung oder Änderung zuvor genehmigter Dienstleistungen zu erhalten.
- Das Recht, gegen jede Entscheidung oder Maßnahme schriftlich Einspruch einzulegen und eine faire Anhörung meines Einspruchs zu erhalten. Ich verstehe, dass ich innerhalb von 90 Tagen nach dem Datum einer Mitteilung über die Entscheidung Einspruch einlegen muss.

Hinweis auf Verpflichtungen

Wenn Mittel zugewiesen werden, verstehe ich und stimme den folgenden Verpflichtungen zu:

- Ich muss alle Leistungen beantragen und akzeptieren, für die ich möglicherweise berechtigt bin, einschließlich SSI, SSA, Nebraska Medicaid und Home- und Community-Based-Waiver-Dienste. Ich erkläre mich bereit, Maßnahmen zu ergreifen, um die Berechtigung für alle Leistungen, für die ich möglicherweise in Frage komme, aufrechtzuerhalten.
- Ich muss den Betrag meines Medicaid-Kostenanteils monatlich an meinen Anbieter zahlen, sobald ich über die Verpflichtung informiert werde.
- Ich muss die erforderlichen Informationen vor Beginn der finanzierten Dienstleistungen, jährlich oder auf Anfrage einreichen. - Dies kann Leistungs- und Ressourceninformationen oder eine Kopie meiner Steuererklärungen zur Bestimmung meiner Fähigkeit zur Zahlung für gemeindebasierte Dienstleistungen für Entwicklungsstörungen umfassen.
- Ich muss an allen Bewertungen oder Einschätzungen teilnehmen, die erforderlich sind, um meine Dienstleistungen aufrechtzuerhalten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf psychologische, jährliche medizinische und zahnärztliche Bewertungen sowie den objektiven Bewertungsprozess.

Bitte senden Sie den Antrag und die:

Unterlagen an:
Abteilung für Entwicklungsstörungen
Gesundheits- und Sozialdienstabteilung von Nebraska
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
oder Fax: (402) 328-6243
oder E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
oder E-Mail an: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD-Anträge (AD/TBI)
Abteilung für Entwicklungsstörungen
Gesundheits- und Sozialdienstabteilung von Nebraska
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
oder Fax: (402) 328-6257
oder E-Mail an: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov