

이 신청은 모든 가정 및 지역 사회 기반 서비스(HCBS) 면제에 적용됩니다. 서비스가 필요한 사람은 신청자입니다. 도움이 필요하거나 다른 형식이 필요한 경우 알려주시기 바랍니다. 질문이 있으면 877-667-6266에 문의하세요. 신청하려는 HCBS 면제를 선택하십시오.

- 지적 장애 또는 발달 장애(ID/DD)
 노인 및 장애인 (AD)
 외상성 뇌손상(TBI)

1. 지적 장애 또는 발달 장애 면제를 신청하고 있습니다. 지적 장애 또는 발달 장애가 있습니까?
 네 아니요
 지적 장애 또는 발달 장애가 22세 이전에 발생했습니까?
 네 아니요

2. 노인 및 장애인 면제를 신청하고 있습니다. 현재 거주하고 있는 곳은 다음과 같습니다.
 보조 생활 개인 주택 요양원 병원 노숙자
 면제 서비스를 받고 싶습니다.
 보조 생활 개인 주택

3. 외상성 뇌 손상 면제를 신청하고 있습니다. 외상성 뇌 손상이 있으신가요?
 네 아니요
 뇌 손상이 출생 후 발생했으며 유전성, 선천성 또는 퇴행성이 아닌가요?
 네 아니요

섹션 1: 신청자

1. 이름 중간 이니셜 성 추가.

2. 해당하는 경우 결혼 전 이름을 포함하여 이전에 사용한 이름을 모두 기재하십시오.

3. 생년월일 SSN 전화번호(지역번호 포함) 성별

4. 주소 도시 주 우편번호

5. 우편 주소 도시 주 우편번호

6. 이메일

7. 선호 언어

8. 본인이나 가족 중 한 명이 군대에서 복무한 적이 있습니까?
 네 아니요
 예'인 경우, 이름:

9. 서명

10. 신청자와의 관계 날짜

섹션 2 또는 섹션 3 또는 섹션 4(단 하나의 섹션)를 작성해 주십시오.

섹션 2: 위임 대리인

본인은 19세 이상이며 다음 대리인(예: 부모, 친구, 옹호 단체)에게 정보 공개에 대한 지원 및 동의를 제공할 수 있는 권한을 부여합니다.(보호된 건강 정보 공개 승인서를 작성해야 합니다.)

대리인

신청자와의 관계		전화번호(지역번호 포함)
주소	도시	우편번호

섹션 3: 보호자/대리인

1. 본인은 19세 이상이고 법원에서 지정한 보호자 또는 대리인(위임자 또는 POA라고도 함)을 두고 있습니다.
 네 아니요

2. 보호자 또는 대리인의 이름		전화번호(지역번호 포함)
3. 주소	도시	우편번호

추가 보호자가 있는 경우 위에 요청된 정보를 별도의 용지에 나열하고 첨부하십시오.

섹션 4: 미성년자의 부모

1. 신청자는 19세 미만의 미성년자입니다.
 네 아니요 네'로 답한 경우, 다음 질문에 답하십시오.

2. 부모 이름		전화번호(지역번호 포함)	
3. 주소	도시	주	우편번호

섹션 5 및 6을 작성해 주십시오.

섹션 5: 위탁 보호

1. 신청자는 네브래스카 보건복지부의 법적 보호를 받는 아동이거나 과거에 아동이었던 사람입니다.
 네 아니요

현재 위탁 보호를 받고 있는 경우 CFS 또는 CFOM 근무자의 이름		전화번호(지역번호 포함)
2. 해당하는 경우 NFC 사회 복지사의 이름		전화번호(지역번호 포함)

섹션 6: 시민권/거주권

1. 본인은 미국 시민입니다.
 네 아니요

2. 출생지: 도시	주	국가
------------	---	----

3. 본인은 연방 이민 및 국적법에 따른 자격을 갖춘 외국인입니다.
 네 아니요

4. 외국인 번호	이민 신분
-----------	-------

5. 저는 네브래스카주의 합법적 거주자입니다.
 네 아니요

섹션 7 (선택 사항): 추가 정보

이 신청서와 관련하여 당국에 알려주고자 하는 기타 정보가 있으면 여기에 기록해 주십시오. 없는 경우 다음 섹션으로 진행하십시오.

섹션 8 (선택 사항): 유권자 등록

1. 현재 살고 있는 지역에서 유권자 등록을 하지 않았다면 유권자 등록을 신청하시겠습니까?
 네 아니요

섹션 9를 작성해 주십시오.

섹션 9: 기록

이 신청서와 함께 다음 기록을 제출하거나 DDD가 정보를 수집할 수 있도록 이름과 연락처 정보를 제공하십시오.

- 이 신청서의 데이터 소스에서 내 정보를 사용하고 검색하는 데 동의합니다.

추가 학교 또는 의료 연락처 정보를 별도의 용지에 기재하고 첨부하십시오.

-
1. 교육 보고서(예: 지난 10년간의 다학제 팀(MDT) 보고서).

2. 학교

주소

도시

주

우편번호

전화번호(지역번호 포함)

-
3. 현재 처방을 받고 있는 약물과 관련된 의사 보고서/진단서(예: 의학적, 유전적 증후군/장애)(투약 목적, 복용량, 투여 빈도 포함).

특정 장애

4. 의료 종사자

주소

도시	주	우편번호	전화번호(지역번호 포함)
----	---	------	---------------

5. 면허를 소지한 심리학자가 지난 5년간 작성한 보고서
 없음

6. 심리학자

주소

도시	주	우편번호	전화번호(지역번호 포함)
----	---	------	---------------

7. 지난 5년간 정신과 의사와 치료사/상담사가 작성한 보고서.
 없음

8. 정신과 의사

주소

도시	주	우편번호	전화번호(지역번호 포함)
----	---	------	---------------

9. 치료사 또는 상담사

주소

도시	주	우편번호	전화번호(지역번호 포함)
----	---	------	---------------

10. 법원이 지정한 보호자 서류 사본(신청자가 19세 이상이고 법원에서 지정한 보호자가 있는 경우)

신청서와 기록을 다음 주소로 제출하십시오.

DD Applications
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
또는 팩스: (402) 328-6243
또는 전자 팩스: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
또는 이메일: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD 신청서(AD/TBI)
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
또는 팩스: (402) 328-6257
또는 이메일 주소: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

이 양식에 서명하지 않아도 치료 또는 지불에는 영향을 미치지 않지만, 네브래스카 보건복지부에 따라 제공되는 특정 혜택의 등록 또는 자격에 영향을 미칠 수 있습니다. 본인은 장점과 단점을 이해하며 본인에 관한 특정 정보를 공개하는 것을 자발적으로 자유롭게 허락합니다. 또한, 사회보장번호를 공개할 필요는 없지만, 공개하면 정보를 제공하기가 더 쉽거나 빨라질 수 있음을 인지하고 있습니다.

이름(성, 이름, 중간 이니셜)		생년월일
소셜 시큐리티 넘버	사례/차트 번호(알려진 경우)	적용 기간
정보는 다음 조직에 공개됩니다: (Name, Address, City, State, Zip) Division of Developmental Disabilities Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 또는 팩스: (402) 328-6243 또는 전자 팩스: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov 또는 이메일: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov 이 승인서에 따라 공개되는 정보는 해당 당사자가 제공하거나 소유하고 있는 기록/정보로 제한됩니다.		공개 이유: <input checked="" type="checkbox"/> 자격 결정 <input checked="" type="checkbox"/> 내 요청 <input type="checkbox"/> 보험 청구 <input type="checkbox"/> 법적 용도 <input type="checkbox"/> 상담 및/또는 치료 계획 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적이어야 함): _____

공개할 특정 정보:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 위와 관련하여 공개될 수 있는 모든 정보 정보가센터에 등기소. <input type="checkbox"/> 사후 관리 추천 양식 <input type="checkbox"/> 퇴원 요약 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 병력 및 신체 검사 <input type="checkbox"/> 연구실 <input type="checkbox"/> 약물 <input type="checkbox"/> 진행 노트 <input type="checkbox"/> 정신과 병력 및 치료 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 상기 개인과 관련된 모든 기타 비의료적 정보, 기록 또는 개인 성인 학대 및 방치 센터 문서에 등록되고 아동 학대 및 방치 공개될 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 심리 평가 및 치료 <input type="checkbox"/> 사회적 기록 <input type="checkbox"/> 엑스레이 및 기타 진단 영상 결과 <input type="checkbox"/> 알코올 및/또는 약물 남용 치료 <input type="checkbox"/> 유전자 검사 정보 <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 정보 <input type="checkbox"/> 겸상 적혈구 빈혈 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적이어야 함): _____ |
|--|---|

이 승인서는(이전에 서면으로 취소하지 않는 한) _____ (날짜 또는 이벤트가 기입되어 있어야 함)에 종료됩니다. 이 승인서에 서명함으로써 본인은 공개되는 정보에 혜택 또는 등록 정보를 포함하여 연방 또는 주법의 보호를 받는 자료, 약물/알코올, HIV 또는 겸상 적혈구 빈혈 관련 정보를 포함할 수 있는 보호된 건강 정보가 포함될 수 있음을 인정합니다. 본인의 서명은 이 모든 정보의 공개를 승인합니다. 또한 본인은 이 승인이 당시의 최신 DHHS 개인정보 보호 관행 고지(DHHS에 대한 경우)에 따라 서면 요청을 제출하거나 의료 서비스 제공자 또는 단체에 서면 요청을 제출함으로써 언제든지 취소될 수 있다는 점을 이해합니다. 단, 이미 공개된 정보의 경우는 예외로 합니다. 또한 정보 수신자가 건강 보험 또는 의료 서비스 제공자가 아닌 경우 해당 정보가 더 이상 개인 정보 보호법에 의거하여 보호를 받지 못할 수 있음을 이해합니다.

고객의 서명	날짜
보호자 서명(해당하는 경우)	날짜

수신자에게 알림

이 정보는 관련 당사자의 구체적인 서면 동의 없이 또는 이러한 규정에서 허용하는 경우 외에는 이 정보를 추가로 공개하는 것을 금지하는 주 및 연방법(연방 규정, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Part 2 및 Part 431, Subpart F 포함)에 의해 기밀이 보호되는 기록을 통해 귀하에게 공개되었습니다. 연방 규정은 알코올 또는 약물 환자에 대한 범죄 수사나 기소에 정보를 사용하는 것을 제한합니다. 의료 정보 또는 기타 정보의 공개에 대한 일반 승인은 이러한 목적에 충분하지 않습니다.

□ 본인은 아래 의무를 이행하지 못할 경우 주택 및 지역 사회 기반 서비스에 대한 지원금 지원이 거부되거나 종료될 수 있음을 이해합니다.

권리 고지

발달 장애 서비스를 요청한 사람으로서 본인은 다음과 같은 권리가 있음을 이해합니다.

- 이전에 승인된 서비스에 대한 결정, 해지 또는 변경에 대한 서면 통지를 받을 권리.
- 결정이나 조치에 대해 서면으로 이의를 제기하고 이의 제기에 대해 공정한 심리를 받을 권리. 본인은 결정 통지서를 받은 날로부터 90일 이내에 이의를 제기해야 함을 이해합니다.

의무 통지

자금이 배정되는 경우 본인은 다음의 의무 사항을 이해하고 이에 동의합니다.

- 본인은 SSI, SSA, 네브래스카 메디케이드, 가정 및 지역 사회 기반 면제 서비스 등 받을 수 있는 모든 혜택을 신청하고 수락해야 합니다. 본인이 받을 수 있는 모든 혜택에 대한 자격 유지를 위한 조치를 취하는 데 동의합니다.
- 의무 이행에 대한 통보를 받으면 매달 의료 서비스 제공자에게 메디케이드 비용 부담금을 지불해야 합니다.
- 매년 또는 요청에 따라 자금 지원 서비스를 시작하기 전에 필요한 정보를 작성하여 제출해야 합니다. 여기에는 지역 사회 기반 발달 장애 서비스 비용 지불 능력을 판단하기 위한 혜택 및 리소스 정보 또는 세금 보고서 사본이 포함될 수 있습니다.
- 본인은 서비스를 유지하기 위해 필요한 모든 평가나 심사에 참여해야 하며 여기에는 심리 평가, 연례 건강 검진, 치과 평가, 객관적 평가 프로세스 등이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.

신청서와 기록을 다음 주소로 제출하십시오.

DD Applications
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
또는 팩스: (402) 328-6243
또는 전자 팩스: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
또는 이메일: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD 신청서(AD/TBI)
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
또는 팩스: (402) 328-6257
또는 이메일 주소: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov
