

यो आवेदन सबै होम र कुनिटी बेस्ड सभिरसेस (HCBS) वायओभरहरूका लागि हो। सेवाहरू चाहिने नै आवेदक हो। सहयोग वा वैकल्पिक रूपमा हामीलाई जानकारी दिनुहोस्। प्र हरूका लागि तपाईं 877-667-6266 मा सक्नुहुन्छ। कृपया तपाईंले आवेदन गरिरहेको HCBS वायओभर चयन गर्नुहोस्:

- ☐ बौद्धिक वा विकासक अपाङ्गता (ID/DD)
☐ बृद्ध र अपाङ्गता भएका (AD)
☐ टाउमेटिक ब्रेन इन्जुरी (TBI)

1. ☐ म बौद्धिक वा विकासक अपाङ्गता वायओभरको लागि आवेदन दिँदैछु। के तपाईंसँग बौद्धिक वा विकासक अपाङ्गता छ?
☐ हो ☐ होइन
 के तपाईंको बौद्धिक वा विकासक अपाङ्गता 22 वर्षको उमेर अघि भएको थियो?
☐ हो ☐ होइन

2. ☐ म बृद्ध र अपाङ्गता भएका हरूको वायओभरको लागि आवेदन दिँदैछु। म हाल बसिरहेको छु:
☐ सहायता प्राप्त जीवन ☐ निजी निवास ☐ नसिर्द्ध होम ☐ भूतल ☐ होमलेस
 भएका म आवेदन गर्न चाहन्छु AD वायओभर सेवाहरू प्राप्त गर्न:
☐ सहायता प्राप्त जीवन ☐ निजी निवास

3. ☐ म टाउमेटिक ब्रेन इन्जुरी वायओभरको लागि आवेदन दिँदैछु। के तपाईंलाई टाउमेटिक ब्रेन इन्जुरी छ?
☐ हो ☐ होइन
 के चोट ज प त भएको हो र यो अनुवांशिक, ज जात, वा अपक्षयी (डिजेनेरेटिभ) होइन?
☐ हो ☐ होइन

से न 1: आवेदक

1. पहिलो नाम	बीचको प्रारम्भिक अक्षर	थर	रैथाने
--------------	------------------------	----	--------

2. पहिले प्रयोग गरिएका कुनै पनि नामहरूको सूची बनाउनुहोस्, यदि लागू हुन्छ भने, ज नाम सहित:

3. ज मिति	SSN	फोन (क्षेत्र कोड सहित)	लिङ्ग
-----------	-----	------------------------	-------

4. ठेगाना	सहर	प्रदेश	जिल्ला
-----------	-----	--------	--------

5. पत्राचार ठेगाना	सहर	प्रदेश	जिल्ला
--------------------	-----	--------	--------

6. ईमेल

7. प्राथमिक भाषा

8. के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य ले कहिँ सेनामा सेवा गरेका छन्?

☐ हो ☐ होइन

यदि हो भने, नाम: _____

9. हस्ताक्षर

10. आवेदकको स	मिति
---------------	------

कृपया से न 2 वा से न 3 वा से न 4 (केवल एक से न) पूरा गनुर्होस्**से न 2: अधिकृत प्रतिनिधि**

म 19 वर्ष वा सो भ 1 माथिको छु र म तल उ खत प्रतिनिधिलाई (जै, अभिभावक, मित्र, वकालत संगठन) मददत र जानकारीको खुलासा गनर्को लागि सहमति प्रदान गनर् अनुमति दिन्छु। (सुरक्षित 1 जानकारीको खुलासाको लागि अनुमति पत्र अनिवार्य रूपमा भनुर् पछर्।)

प्रतिनिधि

आवेदकको स		फोन (क्षेत्र कोड सहित)
ठेगाना	सहर	जिप

से न 3: अभिभावक /वा विक वकील

1. म 19 वर्ष वा सो भ 1 माथिको छु र मेरो अदालतले नियु गरेको अभिभावक वा वा विक वकील (पावर अफ अटन वा पीओए भनेर पनि चिनिन्छ) छ।
☐ हो ☐ होइन

2. अभिभावक वा वा विक वकीलको नाम		फोन (क्षेत्र कोड सहित)
3. ठेगाना	सहर	जिप

यदि तपाईंसँग थप अभिभावकहरू छन् भने, माथि अनुरोध ग रस्को जानकारी अलग पानामा सूचीबद्ध गनुर्होस् र संल गनुर्होस्।

से न 4: नाबालिगको अभिभावक

1. आवेदक 19 वर्ष भ 1 कम उमेरको नाबालिग ब 1 हो।
☐ हो ☐ होइन यदि हो भने, तलको प्र हरूको उ र दिनुहोस्:

2. अभिभावकको नाम		फोन (क्षेत्र कोड सहित)	
3. ठेगाना	सहर	प्रदेश	जिप

कृपया से न 5 र 6 पूरा गनुर्होस्**से न 5: फो र केयर**

1. आवेदक नेब्रा 1 1 तथा मानव सेवा विभागको कानुनी हिरासतमा भएको वा भएको ब 1 हो।
☐ हो ☐ होइन

यदि अहिले फो र केयरमा हुनुहुन्छ भने, CFS वा CFOM वकर्को नाम	फोन (क्षेत्र कोड सहित)
2. यदि लागू भएमा, NFC केसवकर्को नाम	फोन (क्षेत्र कोड सहित)

से न 6: नाग रकता/बासि 1

1. म संयु रा अमे रकाको नाग रक हुँ
☐ हो ☐ होइन

2. ज ान: सहर	प्रदेश	देश
--------------	--------	-----

3. म संघीय आप्रवासन र रा यिता ऐन अ गर्त यो विदेशी हुँ
☐ हो ☐ होइन

4. विदेशी न र	आप्रवासन ति
---------------	-------------

5. म नेब्रा 1को कानुनी बासि 1 हुँ
☐ हो ☐ होइन

से न 7 (वैक क): अति र जानकारी

यदि यस आवेदनसँग स त कुनै अ जानकारी छ जुन तपाईं हामीलाई जानकारी गराउन चाहनुहुन्छ भने, यहाँ उ ख गनुर्होस्। यदि छैन भने, अक से नमा जानुहोस्।

से न 7 (वैक क): मतदाता दतार्

1. यदि तपाईं अहिले बुभएको ठाउँमा मतदान गनर् दतार् हुनुहु भने, के तपाईं मतदान गनर् दतार् गनर्को लागि आवेदन दिन चाहनुहुन्छ?
- ☐ हो ☐ होइन

से न 9 पूरा गनुर्होस्

से न 9: रेकर्ड

कृपया यो आवेदनसँग नि रेकर्डहरू पेश गनुर्होस्, वा DDD ले जानकारी संकलन गनर्को लागि नाम र स कर् जानकारी प्रदान गनुर्होस्।

☐ म यो आवेदनको लागि मेरो जानकारी डेटा स्रोतहरूबाट प्रयोग गनर् र पुनःप्रा गनर् अनुमति दिन सहमत छु।

कृपया अति र ल वा चिकि । स कर् जानकारी छुट्टै पानामा सूचीबद्ध गनुर्होस् र संल गनुर्होस्।

-
1. शैक्षिक रपोटर्हरू (जै, पछिो दस वर्षका लागि बहु-अनुशासना क टीम (MDT) रपोटर्हरू।

2. ल

ठेगाना

सहर

प्रदेश

जिप

फोन (क्षेत्र कोड सहित)

-
3. स त चिकि क रपोटर्/निदानहरू (उदाहरणको लागि, चिकि ।, जेनेटिक सि ोम/विकार) हालका निदिर् औषधिहरूसँग (औषधिको उद्दे, खुराक, र प्रशासनको आवृ समावेश गनुर्होस्)।

विशि अपांगता

4. चिकि क

ठेगाना			
सहर	प्रदेश	जिप	फोन (क्षेत्र कोड सहित)

5. पछि े पाँच वर्षका लागि लाइसे प्रा मनोवैज्ञानिकबाट रपोटर्।

☐ उपल छैन

6. मनोवैज्ञानिक

ठेगाना			
सहर	प्रदेश	जिप	फोन (क्षेत्र कोड सहित)

7. पछि े पाँच वर्षका लागि मनोचिकि क र चिकि क/परामशर्दाताबाट रपोटर्।

☐ उपल छैन

8. मनोचिकि क

ठेगाना			
सहर	प्रदेश	जिप	फोन (क्षेत्र कोड सहित)

9. चिकि क वा परामशर्दाता

ठेगाना			
सहर	प्रदेश	जिप	फोन (क्षेत्र कोड सहित)

10. अदालतबाट नियु अभिभावक कागजातहरूको प्रतिलिपि (यदि आवेदक 19 वर्ष वा सोभ 1 बढी उमेरको छ र अदालतबाट नियु अभिभावक छ भने)।

कृपया आवेदन र रेकर्डर्:

DD Applications मा पेश गनुर्होस्
 विकासा क अपाङ्गता विभाग
 नेब्रा 1 1 र मानव सेवा विभाग, 301 सैनियल मल दक्षिण
 पो अफिस ब 98947
 Lincoln, NE 68509-8947
 वा T: (402) 328-6243
 वा ई- T: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov वा इमेल
 माफर्त: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD आवेदन (AD/TBI)
 विकासा क अपाङ्गता विभाग
 नेब्रा 1 1 र मानव सेवा विभाग, 301 सैनियल मल दक्षिण
 पो अफिस ब 98947
 Lincoln, NE 68509-8947
 वा T: (402) 328-6257
 वा इमेल माफर्त: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

यस फारममा हामीले गन्तव्य असफल हुँदा उपचार वा भुक्तानी प्रभावित हुने छैन, यद्यपि यसले नेब्रास्का र मानव सेवा विभागद्वारा प्रदान गरिएका केही लाभहरूका लागि अनिवार्यता प्रभावित गर्न सक्छ। म फाइदा र बेफाइदा बुझ्छु र तर्जुनाले मेरो बारेमा विशिष्ट जानकारी जारी गर्ने अनुमति दिन्छु। म बुझ्छु कि मलाई मेरो सामाजिक सुरक्षा नं. र खुलासा गनुर्नु आवश्यक छैन, यद्यपि प्रकटीकरणले जानकारी प्रदान गर्न सजिलो वा छिटो बनाउन सक्छ।

नाम (थर, पहिलो नाम, म नामको प्रकार कक्ष)		ज मिति
सामाजिक सुरक्षा नं.	केस/चाटर् # (यदि ज्ञात छ)	कभर गरिएको अवधि
जानकारी खुलासा गर्नेछ: (नाम, ठेगाना, सहर, प्रदेश, जिप) विकासक अपांगता विभाजन नेब्रास्का र मानव सेवा विभाग, 301 सेनियल मल दक्षिण पो. अफिस ब. 98947, Lincoln, NE 68509-8947 वा. 1: (402) 328-6243 वा ई-मेल: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov वा डेलिबिलिटी: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov यस प्राधिकरण अनुसार जारी गनुर्नुपर्ने जानकारी लागू हुने पक्षहरूको कठिनाई र रोकथाम रोकथाम/जानकारीमा सीमित छ।		प्रकटीकरणको कारण: ☒ यो तालिमधारण ☒ मेरो अनुरोध ☐ बीमा दावी ☐ कानूनी उद्देश्य ☐ परामर्श र/वा उपचार योजना ☐ अ (विशिष्ट गनुर्नुहोस्):

प्रकटीकरण गनुर्नुपर्ने विशिष्ट जानकारी:

- | | |
|--|---|
| ☐ माथिका सबै जानकारीहरू जुन प्रकटीकरण गर्न सकिनेछैन
दवाइका जसलाई रजिस्ट्रार बाल दुर्वहार र उपेक्षा कोषले रजि. 1।
☐ आरोग्य रेफरल फारम
☐ डिस्चार्ज संक्षेप
☐ निदान
☐ इतिहास र शारीरिक परीक्षण
☐ प्रयोगशाला
☐ औषधि
☐ प्रगति नोटहरू
☐ मनोचिकित्सा इतिहास र उपचार | ☐ माथिका संग सतव्य दुर्वहार र उपेक्षा सबै अ गैर-चिकित्सा
जानकारी, रेकर्ड, वा हस्तग्राही गनुर्नु सक्ने।
☐ मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन र उपचार
☐ सामाजिक इतिहास
☐ एन्टि-अडिक्ट प्रोग्राम
☐ मदिरा र/वा लागू औषध दुर्वहारी उपचार
☐ जेनेटिक परीक्षण जानकारी
☐ एचआईवी/एड्स जानकारी
☐ सिकल सेल एनीमिया
☐ अ (विशिष्ट गनुर्नुहोस्): |
|--|---|

यो प्राधिकरण (लेखको रूपमा पहिले रदद नगरेस) मा समावेश हुनेछ (मिति वा घटना गनुर्नुपर्ने)। यो प्राधिकरणमा हामीले गदार्, मीकाछु कि जारी गनुर्नुपर्ने जानकारीमा संघीय वा कानूनद्वारा संरक्षित सामग्री समावेश हुन सक्छ, जसमा लाभ वा अनिवार्यता जानकारी पनि समावेश छ; सुरक्षित र जानकारी जसमा लागू औषध/मदिरा, एचआईवी, वा सिकल सेल एनीमिया सँगै जानकारी पनि समावेश हुन सक्छ। मेरो हामीले यो सूचना जानकारीको प्रकटीकरणलाई अधिकार दिन्छु। म बुझ्छु कि यो प्राधिकरण कुनै पनि समयमा लेखत अनुरोध सबमिट गरेर रदद गर्न सकिन्छ, वतर्मान DHHS गोपनीयता अडिक्टको सूचनाको अनुसार (यदि DHHS मा), वा त सेवा प्रदायक वा इकाईलाई लेखत अनुरोध सबमिट गरेर, वा अथा, र यो सन्तुष्ट हुनेछ, पहिले नै जारी गरिएको जानकारीको अपवादको साथ। म बुझ्छु कि यदि जानकारीको प्राक्ता र योजना वा त सेवा प्रदायक होइन भने, जानकारी अब गोपनीयता कानूनद्वारा संरक्षित नहुन सक्छ।

ग्राहकको हामीले	मिति
अभिभावकको हामीले (यदि लागू हुन्छ)	मिति

प्राक्तालाई सूचना

तपाईंलाई यो जानकारी र संघीय कानूनद्वारा संरक्षित गरिएका रेकर्डहरूबाट खुलासा गरिएको हो (जसमा संघीय विनियमहरू, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR पार्ट 2 र पार्ट 431, सबपार्ट F समावेश छ), जसले तपाईंलाई सतर्कताको विशिष्ट लिखत सहमति बिना यसलाई कुनै थप प्रकटीकरण गनुर्नुबाट रोकथाम वा ती विनियमहरूले अनुमति दिएको रूपमा। संघीय विनियमहरूले कुनै लागू औषध वा मदिरा बिरामीलाई आपराधिक अनुसन्धान वा अभियोग गनुर्नुको लागि जानकारीको कुनै पनि प्रयोगलाई प्रतिबन्धित गर्छ। चिकित्सा वा जानकारीको साधारण प्राधिकरण यस प्रयोजनको लागि पर्याप्त छैन।

□ म बुझ्छु कि तलका दायि हरू पूरा नगनारले गृह र समुदाय आधा रत सेवाहरूको लागि कोष अीकार वा समा हुन सक्छ।

अधिकारको सूचना

विकासा क अपांगता सेवाहरूको लागि अनुरोध गरेको को रूपमा, म बुझ्छु कि मेरो नि अधिकारहरू छन्:

- कुनै पनि निणर्य, कुनै पनि समा , वा पूर्वर अनुमति प्रा सेवाहरूको प रवतर्नको लि खत सूचना प्रा गन अधिकार।
 - कुनै पनि निणर्य वा कारबाहीको ले खत रूपमा अपील दायर गन र मेरो अपीलमा नि क्ष सुनुवाइ गन अधिकार। म बुझ्छु कि मैले कुनै पनि निणर्यको सूचनाको मिति दे ख 90 दिन भित्र अपील गनुर्पछर्।
-

दायि हरूको सूचना

रकम विनियोजन गदार्, म तलका दायि बुझ्छु र िकार गछुर्:

- मलाई प्रा गनर् यो सबै लाभहरूको लागि आवेदन दिन र िकार गनुर्पछर्, जसमा SSI, SSA, Nebraska Medicaid, र गृह र समुदाय आधा रत छूट सेवाहरू समावेश हुन सक्छ। म प्रा गनर् यो सबै लाभहरूको लागि यो ता कायम रा कारबाही गन सहमति गछुर्।
 - जब मलाई दायि को बारेमा सूचित ग रन्छ, म प्रेक महिना मेरो प्रदायकलाई मेरो Medicaid शेयरको लागत दायि को रकम तिनुर्पछर्।
 - मलाई कोषित सेवाहरू सुरु गनुर् अधि, वाषिर्क, वा अनुरोध ग ररको रूपमा भाव क जानकारी पूरा गनर् र बुझ्छु। यसमा लाभ र स्रोत जानकारी वा समुदाय-आधा रत विकासा क अपांगता सेवाहरूको लागि तिन मेरो क्षमताको निधारणको लागि मेरो कर फितार्को प्रतिलिपि समावेश हुन सक्छ।
 - मलाई कुनै पनि परीक्षा वा मू ङ्कनहरूमा सहभागी हुनुपछर् जसले मेरो सेवाहरू कायम रा को लागि भाव क छ, जसमा मनोवैज्ञानिक, वाषिर्क चिकि ि, र द मू ङ्कन(हरू) समावेश छन्, साथै उद्दे मू ङ्कन प्रक्रिया।
-

कृपया आवेदन र रेकडर्:

DD Applications मा पेश गनुर्होस्

विकासा क अपाङ्गता विभाग

नेब्रा ि र मानव सेवा विभाग, 301 सैनियल मल दक्षिण

पो अफिस ब 98947

Lincoln, NE 68509-8947

वा T: (402) 328-6243

वा ई- ि: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov वा इमेल

माफर्त: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD आवेदन (AD/TBI)

विकासा क अपाङ्गता विभाग

नेब्रा ि र मानव सेवा विभाग, 301 सैनियल मल दक्षिण

पो अफिस ब 98947

Lincoln, NE 68509-8947

वा T: (402) 328-6257

वा इमेल माफर्त: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov
