

## Заявление на Услуги Home and Community-Based Services (HCBS) Waiver

Это заявление предназначено для всех услуг Услуги Home and Community-Based Services (HCBS) Waivers. Лицо, которому требуются услуги, является заявителем. Сообщите нам, если требуется помощь или альтернативный формат. Если у вас есть вопросы, позвоните по телефону 877-667-6266. Выберите услуги HCBS waiver, на которые Вы подаете заявление:

- Интеллектуальные или нарушения развития (ID/DD)
- Пожилые и люди с инвалидностью (AD)
- Травматическое повреждение мозга (TBI)

1.  Я подаю заявление на услуги Intellectual or Developmental Disability Waiver

Есть ли у вас нарушения интеллектуального или физического развития?

Да  Нет

Ваши интеллектуальные или физические нарушения возникли до 22 лет?

Да  Нет

2.  Я подаю заявление на получение помощи по программе Aged and Disabled Waiver

В настоящее время я проживаю в:

Учреждение для престарелых и лиц с инвалидностью  Частное жилье

Дом престарелых  Больница  Бездомный

Я хотел бы получать услуги AD Waiver:

Учреждение для престарелых и лиц с инвалидностью  Частное жилье

3.  Я подаю заявление на получение помощи по программе Traumatic Brain Injury Waiver.

вас была травматическая травма головного мозга?

Да  Нет

Травма произошла после рождения и не является наследственной, врожденной или дегенеративной?

Да  Нет

### РАЗДЕЛ 1: Заявитель

1. Имя	Инициал отчества	Фамилия	Доп.
--------	------------------	---------	------

2. Перечислите все ранее использованные имена, включая девичью фамилию, если применимо:

3. Дата рождения	SSN (номер социального страхования)	Телефон (включая код региона)	Пол
------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----

4. Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
----------	-------	------	-----------------

5. Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
-------------------	-------	------	-----------------

6. Электронная почта

7. Предпочтительный язык

8. Служили ли вы или член вашей семьи в армии?

Да  Нет

Если да, имя: \_\_\_\_\_

9. Подпись

10. Отношение к заявителю	Дата
---------------------------	------

**Пожалуйста, заполните Раздел 2 ИЛИ Раздел 3 ИЛИ Раздел 4 (только ОДИН раздел)**

**РАЗДЕЛ 2: Уполномоченный представитель**

Мне 19 лет или больше, и я уполномочиваю следующего представителя (например, родителя, друга, правозащитную организацию) оказывать помощь и давать согласие на раскрытие информации. (Разрешение на раскрытие защищенной медицинской информации ДОЛЖНО быть заполнено.)

Представитель

Отношение к заявителю		Телефон (включая код региона)
Адрес	Город	Почтовый индекс

**РАЗДЕЛ 3: Опекун/доверенное лицо**

1. Мне 19 лет или больше, и у меня есть назначенный судом опекун или доверенное лицо (также доверенность или POA).

Да  Нет

2. Имя опекуна или доверенного лица		Телефон (включая код региона)
3. Адрес	Город	Почтовый индекс

Если у вас есть дополнительные опекуны, пожалуйста, перечислите запрошенную выше информацию на отдельном листе и приложите этот лист.

**РАЗДЕЛ 4: Родитель несовершеннолетнего**

1. Заявитель является несовершеннолетним ребенком в возрасте до 19 лет.

Да  Нет Если да, ответьте на следующие вопросы:

2. Имя родителя(ей)		Телефон (включая код региона)	
3. Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

**Заполните РАЗДЕЛЫ 5 и 6**

**РАЗДЕЛ 5: Приемная семья**

1. Заявитель является или являлся ребенком, находящимся под законной опекой Департамента здравоохранения и социальных служб Небраски.

Да  Нет

Если Вы сейчас находитесь под опекой, имя работника CFS или CFOM	Телефон (включая код региона)
2. Если применимо, имя работника NFC	Телефон (включая код региона)

**РАЗДЕЛ 6: Гражданство/Резиденство**

1. Я гражданин США

Да  Нет

2. Место рождения: Город	Штат	Страна
--------------------------	------	--------

3. Я являюсь квалифицированным иностранцем в соответствии с Федеральным законом об иммиграции и гражданстве

Да  Нет

4. Номер иностранца

Иммиграционный статус

5. Я являюсь законным жителем Небраски

Да  Нет

**РАЗДЕЛ 7 (необязательно): Дополнительная информация**

*Если есть какая-либо другая информация, имеющая отношение к этому заявлению, которую вы хотите нам сообщить, укажите ее здесь. Если ее нет, перейдите к следующему разделу.*

**РАЗДЕЛ 8 (необязательно): Регистрация избирателей**

1. Если вы не зарегистрированы для голосования по месту вашего проживания, хотели бы вы подать заявку на регистрацию для голосования?

Да  Нет

**Пожалуйста, заполните Раздел 9**

**РАЗДЕЛ 9: Документальные сведения**

Пожалуйста, отправьте следующие документальные сведения вместе с этим заявлением или укажите имена и контактную информацию, чтобы DDD могли собрать информацию.

Я согласен разрешить использовать и извлекать мою информацию из источников данных для этого заявления.

Пожалуйста, укажите дополнительную школьную или медицинскую контактную информацию на отдельном листе и приложите этот лист.

1. Образовательные отчеты (т. е. отчеты многопрофильной группы (МГГ) за последние десять лет.

2. Школа

Адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Телефон (включая код региона)

3. Сопутствующие отчеты врачей/диагнозы (т. е. медицинские, генетические синдромы/расстройства) с текущими назначенными лекарствами (включая цель приема лекарств, дозировку и частоту приема).

Конкретная инвалидность

4. Врач

Адрес

Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон (включая код региона)
-------	------	-----------------	-------------------------------

5. Отчеты лицензированного психолога за последние пять лет.

Не имеется

6. Психолог

Адрес

Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон (включая код региона)
-------	------	-----------------	-------------------------------

7. Отчеты психиатра и терапевта/консультанта за последние пять лет.

Не имеется

8. Психиатр

Адрес

Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон (включая код региона)
-------	------	-----------------	-------------------------------

9. Терапевт или консультант

Адрес

Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон (включая код региона)
-------	------	-----------------	-------------------------------

10. Копия документов об опеке, назначенной судом (если заявителю 19 лет или больше и у него есть назначенный судом опекун).

Пожалуйста, отправьте заявление и записи по адресу:

DD Applications (Заявления на предоставление инвалидности)  
Division of Developmental Disabilities (Отделение нарушений развития)  
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South (Департамент здравоохранения и социальных служб Небраски 301 301 Сентенниал Молл Саут)  
P.O. Box 98947 (п/я 98947)  
Lincoln, NE 68509-8947 (Линкольн, Небраска, 68509-8947)  
или Факсом на номер: (402) 328-6243  
или эл.факсом на: [DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov](mailto:DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov) или электронной почтой на: [DHHS.DDEligibility@nebraska.gov](mailto:DHHS.DDEligibility@nebraska.gov)

AD Applications (AD/TBI) (Заявления на предоставление помощи пожилым, людям с ограниченными возможностями и травматическими черепно-мозговыми повреждениями)  
Division of Developmental Disabilities (Отделение нарушений развития)  
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South (Департамент здравоохранения и социальных служб Небраски 301 301 Сентенниал Молл Саут)  
P.O. Box 98947 (п/я 98947)  
Lincoln, NE 68509-8947 (Линкольн, Небраска, 68509-8947)  
или Факсом на номер: (402) 328-6257  
или электронной почтой по адресу: [DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov](mailto:DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov)

Отказ от подписания этой формы не повлияет на лечение или оплату, однако может повлиять на регистрацию или право на определенные льготы, предоставляемые Департаментом здравоохранения и социальных служб Небраски. Я понимаю преимущества и недостатки и свободно и добровольно даю разрешение на раскрытие определенной информации обо мне. Я также понимаю, что я не обязан(а) раскрывать свой номер социального страхования, хотя раскрытие может упростить или ускорить предоставление информации.

Имя (фамилия, имя, инициал отчества)		Дата рождения
Номер социального страхования	Номер дела/карты (если известен)	Охватываемый период
Информация будет раскрыта для: (Имя (название), адрес, город, штат, почтовый индекс) Отдел нарушений развития Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South (Департамент здравоохранения и социальных служб Небраски 301 301 Сентенниал Молл Саут) PO Box 98947 (п/я 98947), Lincoln, NE 68509-8947 (Линкольн, Небраска, 68509-8947) или Факсом на номер: (402) 328-6243 или эл.факсом на: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov или электронной почтой на: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov Информация, которая будет раскрыта в соответствии с настоящим разрешением, ограничивается записями/информацией от или во владении соответствующих сторон.		Причина раскрытия: <input checked="" type="checkbox"/> Определение соответствия требованиям <input checked="" type="checkbox"/> Мой запрос <input type="checkbox"/> Страховое требование <input type="checkbox"/> Юридические цели <input type="checkbox"/> Консультация и/или планирование лечения <input type="checkbox"/> Другое (укажите конкретно): _____

**Конкретная информация, которая должна:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вся информация, которая может быть раскрыта в отношении вышеуказанного лица Центральному реестру случаев жестокого обращения со взрослыми и отсутствия заботы об их здоровье и Центральному реестру случаев жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы об их здоровье.<br><input type="checkbox"/> Форма направления на последующее наблюдение<br><input type="checkbox"/> Сводка выписки диагностической визуализации<br><input type="checkbox"/> Диагноз<br><input type="checkbox"/> Анамнез и физикальное обследование<br><input type="checkbox"/> Лабораторные анализы<br><input type="checkbox"/> Лекарства<br><input type="checkbox"/> Записи о ходе лечения<br><input type="checkbox"/> Психиатрический анамнез и лечение | <input type="checkbox"/> Любая другая информация немедицинского характера, записи или документы, связанные с вышеуказанным лицом, которые могут быть раскрыты.<br><input type="checkbox"/> Психологическая оценка и лечение<br><input type="checkbox"/> Социальный анамнез<br><input type="checkbox"/> Рентгеновские снимки и другие результаты<br><input type="checkbox"/> Лечение алкогольной и/или наркотической зависимости<br><input type="checkbox"/> Информация о генетическом тестировании<br><input type="checkbox"/> Информация о ВИЧ/СПИДе<br><input type="checkbox"/> Серповидноклеточная анемия<br><input type="checkbox"/> Другое (укажите конкретно):<br>_____ |
|---|---|

Данное разрешение (если оно не было отозвано ранее в письменной форме) прекращает свое действие (необходимо указать дату или событие). Подписывая данное разрешение, я признаю, что информация, которая будет раскрыта, может включать материалы, защищенные федеральным или государственным законодательством, включая информацию о льготах или регистрации; защищенную медицинскую информацию, которая может включать информацию, связанную с наркотиками/алкоголем, ВИЧ или серповидноклеточной анемией. Моя подпись разрешает раскрытие всей этой информации. Я также понимаю, что это разрешение может быть отозвано в любое время путем подачи письменного запроса в соответствии с действующим на тот момент Уведомлением DHHS о порядке соблюдения конфиденциальности (если это касается DHHS), или путем подачи письменного запроса поставщику медицинских услуг или организации, или иным образом, и оно будет выполнено, за исключением информации, которая уже была раскрыта. Я также понимаю, что если получатель информации не является медицинским планом или поставщиком медицинских услуг, информация может больше не защищаться законами о конфиденциальности.

Подпись клиента	Дата
Подпись опекуна (если применимо)	Дата

---

### УВЕДОМЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ

Эта информация была раскрыта вам из записей, конфиденциальность которых защищена государственными и федеральными законами (включая Федеральные постановления, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Часть 2 и Часть 431, Подраздел F), которые запрещают вам раскрывать ее в дальнейшем без особого письменного согласия лица, к которому она относится, или иным образом, разрешенным такими постановлениями. Федеральные правила ограничивают любое использование информации для уголовного расследования или преследования любого пациента, страдающего алкогольной или наркотической зависимостью. Общее разрешение на раскрытие медицинской или иной информации НЕ является достаточным для этой цели.

Я понимаю, что невыполнение нижеперечисленных обязательств может привести к отказу или прекращению финансирования услуг Home and Community Based Services.

---

### Уведомление о правах

Как лицо, запросившее услуги для лиц с нарушениями развития, я понимаю, что у меня есть следующие права:

- Право на получение письменного уведомления о любом решении, прекращении или изменении ранее разрешенных услуг.
- Право на подачу апелляции в письменной форме на любое решение или действие и на справедливое слушание по моей апелляции. Я понимаю, что я должен подать апелляцию в течение 90 дней с даты получения любого уведомления о решении.

---

### Уведомление об обязательствах

В случае выделения финансирования, я понимаю и соглашаюсь со следующими обязательствами:

- Я должен (должна) подать заявку на все льготы, на которые я могу иметь право, и принять их, включая SSI, SSA, Nebraska Medicaid и услуги Home & Community Based waiver. Я соглашаюсь принять меры для сохранения права на все льготы, на которые я могу иметь право.
- Я должен(должна) выплачивать сумму своей доли расходов Medicaid моему поставщику ежемесячно, когда мне сообщают об этом обязательстве.
- Я должен(должна) заполнять и предоставлять требуемую информацию до начала финансируемых услуг, ежегодно или по запросу. Это может включать информацию о льготах и ресурсах или копию моих налоговых деклараций для определения моей способности оплачивать услуги для лиц с нарушениями развития, предоставляемые по месту проживания
- Я должен(должна) участвовать в любых оценках или аттестациях, необходимых для поддержания моих услуг, которые включают, помимо прочего, психологическую, ежегодную медицинскую и стоматологическую оценку(и), а также процесс объективной оценки.

---

Пожалуйста, отправьте заявление и записи по адресу:

DD Applications (Заявления на предоставление инвалидности)  
Division of Developmental Disabilities (Отделение нарушений развития)  
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South (Департамент здравоохранения и социальных служб Небраски 301 301 Сентенниал Молл Саут)  
P.O. Box 98947 (п/я 98947)  
Lincoln, NE 68509-8947 (Линкольн, Небраска, 68509-8947)  
или Факсом на номер: (402) 328-6243  
или эл.факсом на: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov или электронной почтой на: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD Applications (AD/TBI) (Заявления на предоставление помощи пожилым, людям с ограниченными возможностями и травматическими черепно-мозговыми повреждениями)  
Division of Developmental Disabilities (Отделение нарушений развития)  
Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South (Департамент здравоохранения и социальных служб Небраски 301 301 Сентенниал Молл Саут)  
P.O. Box 98947 (п/я 98947)  
Lincoln, NE 68509-8947 (Линкольн, Небраска, 68509-8947)  
или Факсом на номер: (402) 328-6257  
или электронной почтой по адресу: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov