

హోమ్ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత సర్వీస్ (HCBS) మాఫీ

ఈ దరఖాస్తు హోమ్ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత సర్వీస్ (HCBS) మాఫీలు అన్నిటి కోసం. సర్వీస్లు అవసరమైన వ్యక్తి దరఖాస్తుదారు. మద్దతు లేదా ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ అవసరం ఉంటే మాకు తెలియ చేయండి. ప్రశ్నలు ఉంటే 877-667-6266 వద్ద మమ్మల్ని సంప్రదించండి. మీరు దరఖాస్తు చేస్తున్న HCBS మాఫీని దయచేసి ఎంచుకోండి:

- ☐ ఇంటలెక్చువల్ లేదా డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ (ID/DD)
☐ ఏజ్ మరియు డిసేబిలిటీ (AD)
☐ ట్రామాటిక్ బ్రెయిన్ ఇంజరీ (TBI)

- ☐ నేను ఇంటలెక్చువల్ లేదా డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీ మాఫీ కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నాను మీకు ఇంటలెక్చువల్ లేదా డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీ ఉందా?
☐ అవును ☐ కాదు
 మీ ఇంటలెక్చువల్ లేదా డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీ 22 సంవత్సరాల వయస్సు కంటే ముందే సంభవించిందా?
☐ అవును ☐ కాదు
- నేను ఏజ్ మరియు డిసేబిలిటీ మాఫీ కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నాను, నేను ప్రస్తుతం క్రింది విధంగా నివసిస్తున్నాను:
 అసిస్టెడ్ లివింగ్ ☐ ప్రైవేట్ రెసిడెన్స్ ☐ నర్సింగ్ హోమ్ ☐ ఆసుపత్రి ☐
 నిరాశ్రయులు నేను AD మాఫీ సర్వీస్లను అందుకోవాలని అనుకుంటున్నాను:
 అసిస్టెడ్ లివింగ్ ☐ ప్రైవేట్ రెసిడెన్స్ ☐
- నేను ట్రామాటిక్ బ్రెయిన్ ఇంజరీ మాఫీ కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నాను మీకు ట్రామాటిక్ బ్రెయిన్ ఇంజరీ ఉందా?
☐ ఉంది ☐ కాదు
 ఇంజరీ పుట్టిన తరువాత తగిలిందా, మరియు అది వంశపారంపర్యం, పుట్టుకతో రాలేదా లేదా క్షీణించేదా?
☐ అవును ☐ కాదు

సెక్షన్ 1: దరఖాస్తుదారు

1. మొదటి పేరు	మధ్య అక్షరం	చివరి పేరు	Ext.
2. వర్తిస్తే, పెళ్ళికి ముందు పేరుతో సహా, ఏవైనా మునుపటి పేర్లను జాబితా చేయండి:			
3. పుట్టినతేదీ	SSN	ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)	లింగం
4. చిరునామా	నగరం	రాష్ట్రం	జిప్
5. మెయిలింగ్ చిరునామా	నగరం	రాష్ట్రం	జిప్
6. ఇమెయిల్			
7. ప్రాధాన్య భాష			
8. మీరు లేదా మీ కుటుంబ సభ్యుడు ఎప్పుడైనా మిలిటరీలో పని చేశారా? ☐ అవును ☐ కాదు అవును అయితే, పేరు:			
9. సంతకం			
10. దరఖాస్తుదారుతో బంధుత్వం			తేదీ

దయచేసి సెక్షన్ 2 లేదా సెక్షన్ 3 లేదా సెక్షన్ 4 (కేవలం ఒక సెక్షన్) పూర్తి చేయండి

సెక్షన్ 2: అధీకృత ప్రతినిధి

నా వయస్సు 19 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ మరియు క్రింది ప్రతినిధికి సమాచారాన్ని వెల్లడించడానికి మద్దతు మరియు సమ్మతి ఇవ్వడానికి నేను అధికారం ఇస్తున్నాను (ఉదా. తల్లిదండ్రులు, స్నేహితుడు, అడ్వోకేట్ సంతృప్తి). (రక్షిత ఆరోగ్య సమాచార వెల్లడి కోసం

ఆధరైజేషన్ తప్ప పూర్తి చేయాలి.)

ప్రతినిధి

దరఖాస్తుదారుతో బంధుత్వం		ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)
చిరునామా	నగరం	జిప్

సెక్షన్ 3: గార్డియన్ షిప్/హక్కుదారు

1. నా వయస్సు 19 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ మరియు నాకు కోర్టు నియమించిన గార్డియన్ లేదా హక్కుదారు (పవర్ ఆఫ్ అటార్నీ లేదా POA అని కూడా అంటారు) ఉన్నారు.

☐ అవును ☐ కాదు

2. గార్డియన్ లేదా హక్కుదారు పేరు		ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)
3. చిరునామా	నగరం	జిప్

మీకు అదనంగా గార్డియన్లు ఉంటే, దయచేసి ఒక విడి కాగితం పైన అభ్యర్థించిన సమాచారాన్ని జాబితా చేసి, జోడించండి.

సెక్షన్ 4: మైనర్ తల్లిదండ్రులు

1. దరఖాస్తుదారు 19 కంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్న మైనర్ పిల్లవాడు.

☐ అవును ☐ కాదు అవును అయితే, ఈ క్రింది వాటికి సమాధానం ఇవ్వండి:

2. పేరెంట్(ల) పేరు		ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)
3. చిరునామా	నగరం	రాష్ట్రం
		జిప్

దయచేసి సెక్షన్ 5 మరియు 6 పూర్తి చేయండి

సెక్షన్ 5: దత్తత సంరక్షణ

1. దరఖాస్తుదారు నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం లీగల్ కస్టోడియన్లో ఉన్న పిల్లవాడు.

☐ అవును ☐ కాదు

ప్రస్తుతం దత్తత సంరక్షణలో ఉంటే, CFS లేదా CFOM వర్కర్ పేరు		ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)
2. వర్కింగ్, NFC కేస్ వర్కర్ పేరు		ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)

సెక్షన్ 6: పౌరసత్వం/నివాసం

1. నేను యునైటెడ్ స్టేట్స్ పౌరుడిని

☐ అవును ☐ కాదు

2. పుట్టిన ప్రదేశం: నగరం	రాష్ట్రం	దేశం
--------------------------	----------	------

3. ఫెడరల్ ఇమిగ్రేషన్ & నేషనాలిటీ చట్టం ప్రకారం నేను అర్హత కలిగిన విదేశీయుడిని

☐ అవును ☐ కాదు

4. ఏలియన్ నెంబర్	ఇమిగ్రేషన్ స్థితి
------------------	-------------------

5. నేను నెబ్రాస్కా చట్టబద్ధమైన నివాసిని

☐ అవును ☐ కాదు

సెక్షన్ 7 (ఐచ్ఛికం): అదనపు సమాచారం

మాకు తెలియాలని మీరు భావిస్తున్న, ఈ దరఖాస్తుకు సంబంధించిన ఏదైనా ఇతర సమాచారం ఉంటే, ఇక్కడ నోట్ చేయండి. ఏమీ లేకపోతే, తదుపరి సెక్షన్ 8 కు వెళ్ళండి.

సెక్షన్ 8 (ఐచ్ఛికం): ఓటరు నమోదు

1. మీరు ఇప్పుడు నివసిస్తున్న ప్రదేశంలో ఓటు వేయడానికి నమోదు చేసుకోకపోతే, మీరు ఓటు నమోదుకు దరఖాస్తు చేయాలనుకుంటున్నారా?

☐ అవును ☐ కాదు

దయచేసి సెక్షన్ 9ను పూర్తి చేయండి

సెక్షన్ 9: రికార్డులు

ఈ దరఖాస్తుతో ఈ క్రింది రికార్డులను సబ్మిట్ చేయండి, లేదా పేర్లు మరియు సంప్రదింపు సమాచారాన్ని అందించండి, తద్వారా DDD సమాచారాన్ని సేకరిస్తుంది.

నా సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి మరియు ఈ దరఖాస్తు కోసం డేటా వనరుల నుండి తీసుకునేందుకు అనుమతించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

దయచేసి అదనపు పాఠశాల లేదా వైద్య సంప్రదింపు సమాచారాన్ని విడి కాగితంపై జాబితా చేసి, జోడించండి.

1. గత పది సంవత్సరాల విద్యా నివేదికలు (అంటే బహుళ-శాఖా బృందం (MDT) నివేదికలు).

2. పాఠశాల

చిరునామా

నగరం

రాష్ట్రం

జిప్

ఫోన్ (ఏరియా కోడ్ ను కూడా చేర్చండి)

3. ప్రస్తుతం సూచించిన ఔషధాలతో (ఔషధం ప్రయోజనం, మోతాదు, మరియు తీసుకోవలసిన తరచుదనం కూడా చేర్చండి) సంబంధిత వైద్యుడి నివేదికలు/రోగ నిర్ధారణలు (అంటే వైద్య, జెనెటిక్ సిండ్రోమ్/రుగ్మత).

నిర్దిష్ట వైకల్యం

4. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్

చిరునామా

నగరం	రాష్ట్రం	జిప్	ఫోన్ (ఏరియా కోడ్‌ను కూడా చేర్చండి)
------	----------	------	------------------------------------

5. లైసెన్స్ పొందిన సైకాలజిస్ట్ నుండి గత ఐదు సంవత్సరాల నివేదికలు.

☐ ఏదీ అందుబాటులో లేదు

6. సైకాలజిస్ట్

చిరునామా

నగరం	రాష్ట్రం	జిప్	ఫోన్ (ఏరియా కోడ్‌ను కూడా చేర్చండి)
------	----------	------	------------------------------------

7. సైకియాట్రీస్ట్ మరియు థెరపిస్ట్/కౌన్సిలర్ నుండి గత ఐదు సంవత్సరాల నివేదికలు.

☐ ఏదీ అందుబాటులో లేదు

8. సైకియాట్రీస్ట్

చిరునామా

నగరం	రాష్ట్రం	జిప్	ఫోన్ (ఏరియా కోడ్‌ను కూడా చేర్చండి)
------	----------	------	------------------------------------

9. థెరపిస్ట్ లేదా కౌన్సిలర్

చిరునామా

నగరం	రాష్ట్రం	జిప్	ఫోన్ (ఏరియా కోడ్‌ను కూడా చేర్చండి)
------	----------	------	------------------------------------

10. కోర్టు-నియమించిన గార్డియన్‌షిప్ కాగితాల కాపీ (దరఖాస్తుదారుడికి 19 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉంటే మరియు కోర్టు-నియమించిన గార్డియన్ ఉంటే).

దయచేసి దరఖాస్తును మరియు రికార్డులను వీరికి

సబ్మిట్ చేయండి: DD దరఖాస్తులు

డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ విభాగం

నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం 301

సెంటెన్నియల్ మాల్ సౌత్

P.O. బాక్స్ 98947

లింకన్, NE 68509-8947

లేదా ఫాక్స్: (402) 328-6243

లేదా ఈ-ఫాక్స్:

DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov లేదా

ఇమెయిల్ చేయండి:

DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD దరఖాస్తులు (AD/TBI)

డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ విభాగం

నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం 301

సెంటెన్నియల్ మాల్ సౌత్

P.O. బాక్స్ 98947

లింకన్, NE 68509-8947

లేదా ఫాక్స్: (402) 328-6257

లేదా ఇమెయిల్ చేయండి: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం
రక్షిత ఆరోగ్య సమాచారం వెల్లడి కోసం ఆధరైజేషన్

ఈ ఫారంపై సంతకం చేయడంలో విఫలం కావడం చికిత్స, లేదా చెల్లింపులపై ప్రభావం చూపదు, అయితే ఇది నమోదు, లేదా నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం కోసం అందించే కొన్ని ప్రయోజనాల అర్హతను ప్రభావితం చేయవచ్చు. నా గురించి నిర్దిష్ట సమాచారాన్ని విడుదల చేయడంలో ప్రయోజనాలు మరియు నష్టాలను నేను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు స్వచ్ఛందంగా విడుదలకు అనుమతిని ఇస్తున్నాను. నా సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరును వెల్లడించవలసిన అవసరం లేదని కూడా నేను అర్థం చేసుకున్నాను, అయితే దీనిని వెల్లడించడం సమాచారాన్ని అందించడాన్ని సులభం మరియు వేగవంతం చేస్తుంది.

పేరు (చివరి, మొదటి, M.I.)		పుట్టిన తేదీ
సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబర్	కేస్/ఛార్జ్ # (తెలిస్తే)	కవర్ చేసిన వ్యవధి
సమాచారం వీరికి వెల్లడించబడుతుంది: (పేరు, చిరునామా, నగరం, రాష్ట్రం, జిప్) డెవలప్మెంట్ డిజిటలైజేషన్ విభాగం నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం 301 సెంటెన్నియల్ మార్ట్ స్ట్రీట్ PO బాక్స్ 98947, లింకన్, NE 68509-8947 లేదా ఫాక్స్: (402) 328-6243 లేదా ఈ-ఫాక్స్: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov లేదా ఇమెయిల్ చేయండి: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov ఈ ఆధరైజేషన్ ప్రకారం విడుదల చేయబడే సమాచారం సంబంధించిన పక్షాల నుండి మరియు వారి వద్ద ఉన్న రికార్డులు/సమాచారానికి మాత్రమే పరిమితం అవుతుంది.		వెల్లడించడానికి కారణం: ☒ అర్హత నిర్ధారణ ☒ నా అభ్యర్థన ☐ బీమా క్వెయిమ్ ☐ చట్టపరమైన ప్రయోజనం ☐ కన్సల్టేషన్ మరియు/లేదా చికిత్స ప్రణాళిక ☐ ఇతరములు (స్పష్టంగా వివరించండి): _____

నిర్దిష్ట సమాచారాన్ని వెల్లడించాలి:

నిర్దిష్ట సమాచారాన్ని వెల్లడించాలి:

- | | |
|---|---|
| ☐ పై వాటికి సంబంధించి వెల్లడించగల పూర్తి సమాచారం
రికార్డులు లేదా డాక్యుమెంట్లను
చైల్డ్ అబ్యూజ్ మరియు నెగ్లెక్ట్ సెంట్రల్
రిజిస్ట్రీ.
☐ ఆస్ఫ్రికర్ రిఫరల్ ఫారం
☐ డిశ్చార్జ్ సారాంశం
☐ రోగ నిర్ధారణ
☐ చరిత్ర & శారీరక పరీక్ష
☐ లాబొరేటరీ
☐ ఔషధాలు
☐ పురోగతి గమనికలు
☐ సైకియాట్రిక్ చరిత్ర & చికిత్స | ☐ పై వ్యక్తికి సంబంధించిన ఇతర వైద్యేతర సమాచారం,
అడల్ట్ అబ్యూజ్ మరియు నెగ్లెక్ట్ సెంట్రల్ రిజిస్ట్రీ మరియు
విడుదల చేయవచ్చు.
☐ మానసిక మూల్యాంకనం & చికిత్స
☐ సామాజిక చరిత్ర
☐ ఎక్స్-రేలు & ఇతర రోగ నిర్ధారణ ఇమేజింగ్ ఫలితాలు
☐ మద్యం మరియు/లేదా మాదకద్రవ్యాల వ్యసనాల చికిత్స
☐ జన్యు పరీక్ష సమాచారం
☐ HIV/AIDS సమాచారం
☐ సికెల్ సెల్ ఎనీమియా
☐ ఇతరములు (స్పష్టంగా వివరించండి): _____ |
|---|---|

ఈ ఆధరైజేషన్ (వ్రాతపూర్వకంగా ముందస్తుగా రద్దు చేసుకుంటే తప్ప) నాటికి ముగుస్తుంది (తేదీ లేదా సంఘటనను పూరించాలి). ఈ ఆధరైజేషన్ పై సంతకం చేయడం ద్వారా, వెల్లడి చేసే సమాచారంలో ప్రయోజనం లేదా నష్టం సమాచారంతో సహా, ఫెడరల్ లేదా స్టేట్ చట్టం ద్వారా రక్షించబడే మెటీరియల్; మాదకద్రవ్యాలు/మద్యం, HIV, లేదా సికెల్ సెల్ ఎనీమియా సంబంధిత సమాచారంతో సహా రక్షిత ఆరోగ్య సమాచారం ఉండవచ్చని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఈ సమాచారం మొత్తాన్ని వెల్లడించడానికి నా సంతకం అధికారం ఇస్తుంది. నేను ఈ ఆధరైజేషన్ను ఎప్పుడైనా (ఇది DHHS కోసం అయితే) వారి ప్రస్తుత గోప్యతా విధానాలకు అనుగుణంగా ఉన్న రాతపూర్వక అభ్యర్థనను సమర్పించడం ద్వారా లేదా, ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రధాత లేదా ఇతర సంస్థకు నేరుగా అభ్యర్థనను అందజేయడం ద్వారా రద్దు చేయగలను అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. అయితే, ఇప్పటికే విడుదల చేసిన సమాచారంపై రద్దు ప్రభావం ఉండదు. ఈ సమాచార స్వీకర్త ఆరోగ్య ప్రణాళిక లేదా ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రావైడర్ కాకపోతే, ఈ సమాచారం గోప్యతా చట్టాల ద్వారా ఇక పై రక్షించబడదు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

క్లయింట్ సంతకం	తేదీ
గార్డియన్ సంతకం (వర్తిస్తే)	తేదీ

స్వీకర్త నోటీసు

ఈ సమాచారం గోప్యత స్టేట్ మరియు ఫెడరల్ చట్టాల ద్వారా రక్షించబడే (ఫెడరల్ రెగ్యులేషన్స్, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR భాగం 2 మరియు భాగం 431, సహాభాగం F తో సహా) రికార్డుల నుండి మీకు వెల్లడించబడింది, ఈ చట్టాలు సంబంధిత వ్యక్తి నుండి ప్రత్యేక రాతపూర్వక అనుమతి లేకుండా లేదా ఇలాంటి చట్టాల ద్వారా అనుమతించబడిన మేరకు మినహా, ఈ సమాచారాన్ని మరింతగా వెల్లడించడాన్ని నిషేధిస్తాయి. ఈ సమాచారాన్ని ఏవైనా మద్యం లేదా మాదక ద్రవ్యాల రోగి గురించి నేర విచారణ చేయడానికి లేదా శిక్షించడానికి ఉపయోగించడాన్ని ఫెడరల్ నిబంధనలు పరిమితం చేస్తాయి. వైద్య లేదా ఇతర సమాచారాన్ని వెల్లడించడానికి సాధారణ ఆధరైజేషన్ ఈ ప్రయోజనం కోసం సరిపోదు.

ఈ క్రింది బాధ్యతలను పూర్తి చేయడంలో విఫలం కావడం హోమ్ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత సేవలను తిరస్కరించడం లేదా రద్దు చేయడానికి దారి తీయవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

హక్కుల నోటీసు

డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ సర్వీసులను అభ్యర్థించిన వ్యక్తిగా, నాకు ఈ క్రింది హక్కులు ఉన్నాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను:

- ఇంతకు ముందు ఆధరైజ్ చేసిన సర్వీసులకు సంబంధించి ఏదైనా నిర్ణయం, ఏదైనా రద్దు, లేదా మార్పు కోసం రాతపూర్వక నోటీసును అందుకునే హక్కు.
- ఏదైనా నిర్ణయం లేదా చర్య కోసం అప్పీల్ ను పైల్ చేస్తే మరియు నా అప్పీల్ పై న్యాయమైన విచారణను పొందే హక్కు. నేను అందుకునే ఏదైనా నోటీస్ ఆఫ్ డెసిషన్ ను 90 రోజులలోగా అప్పీల్ చేయాలని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

బాధ్యత నోటీస్

నిధులను కేటాయించినప్పుడు, నేను ఈ క్రింది బాధ్యతలను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను:

- నేను పొందగలిగిన అర్హత ఉన్న అన్నీ ప్రయోజనాల కోసం నేను దరఖాస్తు చేయాలి మరియు వాటిని అంగీకరించాలి, వీటిలో SSI, SSA, నెబ్రాస్కా మెడిక్ ఎయిడ్, మరియు హోమ్ & కమ్యూనిటీ ఆధారిత మాఫీ సర్వీసులు ఉండవచ్చు. నేను అందుకునే అర్హత కలిగిన అన్నీ ప్రయోజనాల అర్హతను నిర్వహించేందుకు చర్య తీసుకోవడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.
- నా బాధ్యత గురించి తెలియజేసినప్పుడు, నేను నా మెడిక్ ఎయిడ్ ఖర్చులో వాటా బాధ్యత మొత్తాన్ని నా ప్రొవైడర్ కు నెలవారీగా చెల్లించాలి.
- ఫండెడ్ సర్వీసులను ప్రారంభించడానికి ముందు, వార్షికంగా, లేదా అభ్యర్థించినప్పుడు అవసరమైన సమాచారాన్ని పూర్తి చేయాలి మరియు సబ్మిట్ చేయాలి. ఇందులో ప్రయోజనం మరియు వనరుల సమాచారం లేదా కమ్యూనిటీ-ఆధారిత డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ సర్వీసులకు చెల్లింపుల కోసం నా సామర్థ్యాన్ని నిర్ణయించడం కోసం నా టాక్స్ రిటర్న్స్ కాపీ ఉండవచ్చు.
- నా సర్వీసులను నిర్వహించడానికి అవసరమైన ఏదైనా మూల్యాంకనాలు లేదా విశ్లేషణలలో నేను తప్పక పాల్గొనాలి, వీటిలో మానసిక, వార్షిక వైద్య, మరియు దంత పరీక్ష(లు), అలాగే ఆబ్జెక్టివ్ అసెస్మెంట్ ప్రక్రియ ఉండవచ్చు అయితే వీటికే పరిమితం కాదు.

దయచేసి దరఖాస్తును మరియు రికార్డులను వీరికి

సబ్మిట్ చేయండి: DD దరఖాస్తులు
డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ విభాగం
నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం 301
సెంటెన్నియల్ మాల్ సౌత్
P.O. బాక్స్ 98947
లింకన్, NE 68509-8947
లేదా ఫాక్స్: (402) 328-6243
లేదా ఈ-ఫాక్స్: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
లేదా ఇమెయిల్ చేయండి:
DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD దరఖాస్తులు (AD/TBI)
డెవలప్మెంటల్ డిజబిలిటీస్ విభాగం
నెబ్రాస్కా ఆరోగ్యం మరియు మానవ సేవల విభాగం 301
సెంటెన్నియల్ మాల్ సౌత్
P.O. బాక్స్ 98947
లింకన్, NE 68509-8947
లేదా ఫాక్స్: (402) 328-6257
లేదా ఇమెయిల్ చేయండి: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov