

Aplikasyon para sa Naka-base sa Tahanan at Kumonidad na Serbisyo o Application for Home and Community Based Service (HCBS) Waiver

Ang aplikasyon na ito ay para sa lahat ng Home at Community Based Service (HCBS) Waiver. Ang taong nangangailangan ng mga serbisyo ay ang aplikante. Ipaalam sa amin kung kinakailangan ang tulong o isang alternatibong pormat. Maaari kang makipag-ugnayan sa 877-667-6266 para sa mga katanungan. Mangyaring piliin ang HCBS waiver na iyong hinahangad:

- Mga Kapansanan sa Kaisipan o Pag-unlad o Intellectual or Developmental Disabilities (ID/DD)
- Nagkakatanda at May Kapansanan o Aged and Disabled (AD)
- Traumatic Brain Injury (TBI)

1. Ako ay nag-aaplay para sa Waiver ng may Kapansanan sa Kaisipan Pag-unlad. Mayroon ka bang Kapansanan sa Kaisipan o Pag-unlad?
- Oo Wala
- Ang iyong kapansanan sa isip o pag-unlad ba ay naganap bago ka mag-22 anyos?
- Oo Wala

2. Nag-a-apply ako para sa Aged and Disabled Waiver.
- Ako ay kasalukuyang nakatira sa:
- Tinutulungang Pamumuhay Pribadong Tirahan Tahanan ng Pagaaruga Ospital
- Walang Tirahan
- Gusto kong makatanggap ng mga serbisyo ng AD Waiver:
- Tinutulungang Pamumuhay Pribadong Tirahan

3. Nag-a-apply ako para sa Traumatic Brain Injury Waiver.
- Ikaw ba ay may traumatic brain injury?
- Oo Wala
- Nangyari ba ang pinsala pagkatapos ipanganak at hindi ito namamana, likas, o nauurong?
- Oo Wala

SEKSIYON 1: Aplikante

1. Pangalan	Apelyido ng ina	Apelyido	Ext.
-------------	-----------------	----------	------

2. Ilista ang anumang mga naunang pangalan na ginamit, kabilang ang apelyidong dalaga, kung naaangkop:

3. Petsa ng kapanganakan	SSN	Telepono (ilagay ang area code)	Kasarian
--------------------------	-----	---------------------------------	----------

4. Tirahan	Lungsod	Estado	Zip
------------	---------	--------	-----

5. Tirahan ng padalanan ng Sulat	Lungsod	Estado	Zip
----------------------------------	---------	--------	-----

6. Email

7. Gustong Wika

8. Ikaw ba o ang miyembro ng iyong pamilya ay naglingkod na sa militar?

Oo Wala

Kung oo, pangalan: _____

9. Lagda

10. Kaugnayan sa Aplikante	Petsa
----------------------------	-------

Mangyaring kumpletuhin ang Seksyon 2 O Seksyon 3 O Seksyon 4 (isang seksyon lamang)**Seksyon 2: Pinapayagan na Kinatawan**

Ako ay 19 o mas matanda at ako ay nagpapahintulot sa sumusunod na kinatawan (hal. magulang, kaibigan, organisasyon ng adbokasiya) na magbigay ng tulong at pahintulot para sa paglabas ng impormasyon. (KAILING punan ang Authorisation for the Disclosure of Protected Health Information.)

Kinatawan

Kaugnayan sa Aplikante		Telepono (ilagay ang area code)
Tirahan	Lungsod	Zip

SEKSYON 3: Pag-aalaga / Abogado na Nakatatalaga

1. Ako ay 19 o mas matanda at may isang tagapag-alaga na itinalaga ng korte o Attorney in Fact (kilala rin bilang isang Power of Attorney o POA).

Oo Wala

2. Pangalan ng Tagapangalaga o Abogado sa Katunayan		Telepono (ilagay ang area code)
3. Tirahan	Lungsod	Zip

Kung mayroon kang karagdagang mga tagapag-alaga, mangyaring ilista ang impormasyon na hiniling sa itaas sa isang hiwalay na sheet at isama.

SEKSYON 4: Magulang ng Isang Menor de edad

1. Ang aplikante ay isang menor de edad na bata na wala pang 19 taong gulang.

Oo Wala Kung oo, sagutin ang sumusunod:

2. Pangalan ng (mga) Magulang		Telepono (ilagay ang area code)	
3. Tirahan	Lungsod	Estado	Zip

Mangyaring punan ang Seksyon 5 at 6**Seksyon 5: Bahay-ampunan**

1. Ang aplikante ay o isang bata na nasa legal na pangangalaga ng Nebraska Department of Health and Human Services.

Oo Wala

Kung nasa bahay ampunan ngayon, pangalan ng kawani ng CFS o CFOM	Telepono (ilagay ang area code)
2. Kung naaangkop, pangalan ng tagapamahala ng kaso ng NFC	Telepono (ilagay ang area code)

SEKSYON 6: Pagkamamamayan/Paninirahan

1. Ako ay isang mamamayan ng Estados Unidos

Oo Wala

2. Lugar ng Kapanganakan: Lungsod	Estado	Bansa
3. Ako ay isang kwalipikadong dayuhan sa ilalim ng Federal Immigration & Nationality Act		
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala		
4. Bilang ng Dayuhan	Katayuan sa Imigrasyon	
5. Ako ay isang legal na residente ng Nebraska		
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala		

BAHIN 7 (opsyonal): Dagdag na Impormasyon

Kung may anumang iba pang impormasyon na may kaugnayan sa aplikasyon na nais mong malaman namin, isulat ito dito. *Kung wala, magpatuloy sa susunod na seksyon.*

SEKSYON 8 (opsyonal): Pagpaparehistro ng Botante

1. Kung hindi ka nakarehistro upang bumoto kung saan ka nakatira ngayon, nais mo bang mag-aplay upang magparehistro upang bumoto?

Oo Wala

Mangyaring kumpletuhin ang Seksyon 9

SEKSYON 9: Mga Rekord

Pakisumite ang mga sumusunod na rekord kasama ng aplikasyon na ito, o magbigay ng mga pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan upang maaaring kolektahin ng DDD ang impormasyong ito.

Sumasang-ayon ako na payagan ang aking impormasyon na magamit at makuha mula sa mga mapagkukunan ng datos para sa aplikasyon na ito.

Mangyaring ilista ang karagdagang impormasyon sa paaralan o medikal na kontak sa isang hiwalay na sheet at idagdag.

1. Mga ulat sa edukasyon (i.e. Mga ulat ng Multidisciplinary Team (MDT) sa nakalipas na sampung taon.

2. Paaralan

Tirahan

Lungsod

Estado

Zip

Telepono (ilagay ang area code)

3. Mga nauugnay na ulat/pag-diagnosis ng doktor (i.e., medikal, genetic syndrome/disorder) na may kasalukuyang iniresetang mga gamot (kasama ang layunin ng gamot, dosis, at dalas ng pangangasiwa).

Partikular na kapansanan

4. Tagapagpraktis ng Medisina

Tirahan			
Lungsod	Estado	Zip	Telepono (ilagay ang area code)

5. Mga ulat mula sa lisensiyadong sikologo sa nakalipas na limang taon.

Walang magagamit

6. Sikologo

Tirahan			
Lungsod	Estado	Zip	Telepono (ilagay ang area code)

7. Mga ulat mula sa psychiatrist at therapist/counselor sa nakalipas na limang taon.

Walang magagamit

8. Sikayatrista

Tirahan			
Lungsod	Estado	Zip	Telepono (ilagay ang area code)

9. Terapista o Tagapayo

Tirahan			
Lungsod	Estado	Zip	Telepono (ilagay ang area code)

10. Kopya ng mga dokumento ng tagapag-alaga na itinalaga ng korte (kung ang aplikante ay 19 taong gulang o mas matanda at may tagapag-alaga na itinalaga ng korte).

Mangyaring isumite ang aplikasyon at mga talaan sa:

DD Applications

Dibisyon ng Maykapansanan sa Pag-unlad

Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

o Fax: (402) 328-6243

o E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov o

i-Email sa: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Mga Aplikasyon sa AD (AD/TBI)

Dibisyon ng Maykapansanan sa Pag-unlad

Nebraska Department of Health and Human Services

301 Centennial Mall South

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

o Fax: (402) 328-6257

o i-Email sa: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

Awtorisasyon para sa Pagbubunyag ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan

Ang hindi pagpirma sa pormang ito ay hindi makakaapekto sa paggamot o bayad, ngunit maaari itong makaapekto sa pagpapatala o pagiging karapat-dapat para sa ilang mga benepisyo, ayon sa ibinigay ng Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng Nebraska. Naunawaan ko ang mga mga bentaha at disbentaha at malaya at boluntaryo kong ibinibigay ang pahintulot na ilabas ang partikular na impormasyon tungkol sa akin. Naunawaan ko rin na hindi ko kailangang ibunyag ang aking social security number, bagamat ang pagbubunyag nito ay maaaring magpadali o magpabilis sa pagbibigay ng impormasyon.

Pangalan (Apelyido, Pangalan, M.I.)		Petsa ng Kapanganakan
Numero ng Social Security	Kaso/Tsart # (kung alam)	Saklaw na Panahon
Ang impormasyon ay isisiwalat sa: (Pangalan, Adres, Lungsod, Estado, Zip) Division of Developmental Disabilities Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 o Fax: (402) 328-6243 o E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov o i-Email sa: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov Ang impormasyong ilalabas alinsunod sa awtorisasyong ito ay limitado sa mga rekord/impormasyon mula sa o hawak ng mga kaukulang partido.		Dahilan ng Pagbubunyag: <input checked="" type="checkbox"/> Pagtukoy ng Karapat-dapat <input checked="" type="checkbox"/> Aking Hiling <input type="checkbox"/> Paghahabol ng Paseguro <input type="checkbox"/> Legal na mga Layunin <input type="checkbox"/> Konsultasyon at/o Pagpapalano ng Paggamot <input type="checkbox"/> Iba pa (maging tiyak): _____

Espesipikong Impormasyon na dapat ihayag:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lahat ng impormasyon na maaaring ihayag na may kaugnayan sa itaas mga talaan, o indibidwal sa Abuso ng Matanda at Pagbabalewala Central Talaan. <input type="checkbox"/> Porma ng Referral para sa Aftercare <input type="checkbox"/> Buod ng Paglabas <input type="checkbox"/> Pagsusuri <input type="checkbox"/> Kasaysayan at Pisikal na Pagsusuri <input type="checkbox"/> Laboratoryo <input type="checkbox"/> Mga gamot <input type="checkbox"/> Mga Tala tungkol sa Pag-unlad <input type="checkbox"/> Kasaysayan ng Psikyatriko at Paggamot | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lahat ng iba pang impormasyon na hindi medikal, mga dokumento na may kaugnayan sa ay maaaring ipalabas. <input type="checkbox"/> Sikolohikal na Pagsusuri at Paggamot <input type="checkbox"/> Kasaysayang Panlipunan <input type="checkbox"/> X-rays at Iba Pang Resulta ng Diagnostic Imaging <input type="checkbox"/> Paggamot sa Pag-abuso sa Alak at/o Droga <input type="checkbox"/> Impormasyon sa Henetikong Pagsusuri <input type="checkbox"/> Impormasyon sa HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia <input type="checkbox"/> Iba pa (maging tiyak): _____ |
|--|--|

Ang Awtorisasyong ito (maliban kung binawi nang mas maaga sa pamamagitan ng nakasulat na pahayag) ay magtatapos sa _____ (kailangang punan ang petsa o pangyayari). Sa pagpirma ng awtorisasyong ito, aking kinikilala na ang impormasyong ilalabas ay maaaring maglaman ng mga materyales na protektado ng mga batas ng Pederal o Estado, kabilang ang impormasyon tungkol sa benepisyo o pagpapatala; protektadong impormasyong pangkalusugan na maaaring magsama ng impormasyon tungkol sa Droga/Alkohol, HIV, o may kaugnayan sa sickle cell anemia na sakit. Ang aking pirma ay nagpapahintulot sa pagpapalabas ng lahat ng impormasyong ito. Naunawaan ko rin na ang awtorisasyong ito ay maaaring bawiin anumang oras sa pamamagitan ng pagsusumite ng nakasulat na kahilingan alinsunod sa kasalukuyang DHHS Notice of Privacy Practices (kung sa DHHS), o sa pamamagitan ng pagsusumite ng nakasulat na kahilingan sa tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o entidad, o kaya, at ito ay kilalanin maliban sa impormasyon ito ay naipalabas na. Naiintindihan ko rin na kung ang tatanggap ng impormasyon ay hindi isang health plan o health care provider, ang impormasyon ay maaaring hindi na protektado ng mga batas sa pribasiya.

Lagda ng Kliyente	Petsa
Lagda ng Tagapag-alaga (kung naaangkop)	Petsa

PAALALA PARA SA TAGATANGGAP

Ang impormasyong ito ay ibinunyag sa iyo mula sa mga rekord na ang pagiging kompidensiyal ay protektado ng mga batas ng estado at pederal (kabilang ang mga Pederal na Regulasyon, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Part 2 at Part 431, Subpart F) na nagbabawal sa iyo na gawin ang anumang karagdagang pag-bubunyag nito nang walang tiyak na nakasulat na pahintulot ng taong may kaugnayan dito o kung pinapayagan ng mga nasabing regulasyon. Nililimitahan ng mga pederal na patakaran ang anumang paggamit ng impormasyon para sa kriminal na imbestigasyon o pag-uusig sa sinumang pasyente ng alkohol o droga. Ang pangkalahatang pahintulot para sa pagpapalabas ng medikal o iba pang impormasyon ay HINDI sapat para sa layuning ito.

Nauunawaan ko na ang pagkabigo sa pagtupad sa mga obligasyong nasa ibaba ay maaaring magresulta sa pagtanggì o pagtatapos ng pagpopondo para sa nasa Bahay at Mga Serbisyong Naka-base sa Komunidad.

Paunawa sa mga Karapatan

Bilang isang tao na humiling ng mga serbisyo sa may kapansanan sa pag-unlad, naiintindihan ko na mayroon akong mga sumusunod na karapatan:

- Karapatan na makatanggap ng nakasulat na abiso tungkol sa anumang desisyon, anumang pagwawakas, o pagbabago ng mga serbisyong dati nang awtorisado.
- Ang karapatan na maghain ng isang apela sa pagsulat ng anumang desisyon o pagkilos at magkaroon ng patas na pagdinig sa aking apela. Naiintindihan ko na dapat akong mag-apela sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng anumang Notification of Decision na natanggap ko.

Paunawa sa mga Obligasyon

Kapag inilalaan ang pondo, nauunawaan ko at sumasang-ayon sa mga sumusunod na obligasyon:

- Kailangan kong mag-aplay at tanggapin ang lahat ng mga benepisyo na maaaring maging karapat-dapat kong matanggap, na maaaring isama ang SSI, SSA, Nebraska Medicaid, at Home & Community Based waiver services. Sumasang-ayon ako na gumawa ng mga hakbang upang mapanatili ang pagiging karapat-dapat para sa lahat ng mga benepisyo na maaaring maging karapat-dapat akong makatanggap.
- Kailangan kong bayaran ang halaga ng aking obligasyon sa Medicaid na bahagi ng gastos sa aking tagapagbigay ng serbisyo buwan-buwan kapag naipa-alam sa akin ang obligasyon.
- Dapat kong kumpletuhin at isumite ang kinakailangang impormasyon bago simulan ang pinondohan na mga serbisyo, taun-taon, o ayon sa hinihiling. Maaaring kabilang dito ang impormasyon tungkol sa benepisyo at mapagkukunan o isang kopya ng aking mga tax return para sa pagtukoy ng aking kakayahang magbayad para sa mga serbisyong pang-komunidad para sa mga maykapansanan sa Pag-unlad.
- Dapat akong makilahok sa anumang mga pagtatasa o pagsusuri na kinakailangan upang mapanatili ang aking mga serbisyo, na kinabibilangan, ngunit hindi limitado sa sikolohikal, taunang medikal, at (mga) pagsusuri sa ngipin, pati na rin ang May-layuning Pagsusuri sa Proseso.

Mangyaring isumite ang aplikasyon at mga talaan sa:

DD Applications

Dibisyon ng Maykapansanan sa Pag-unlad

Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

o Fax: (402) 328-6243

o E-Fax: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

o i-Email sa: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

Mga Aplikasyon sa AD (AD/TBI)

Dibisyon ng Maykapansanan sa Pag-unlad

Nebraska Department of Health and Human Services

301 Centennial Mall South

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

o Fax: (402) 328-6257

o i-Email sa: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov