



308.345.4990

1-866-RESPITE

**APLICACION
PARA
PROVEER TREGUA**

Office Use only
Date Received _____
Background Check Received _____
Date Entered _____

Por favor regresar a:

**Nebraska Respite Network
Southwest Service Area
P O Box 1235
McCook NE 69001**

respite@swhealthdept.com

Fecha: _____ Condado: _____
 Aplicante _____ Nombre anteriores: _____
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____
 Teléfono# (casa) _____ (trabajo) _____
 Célular: _____ Nos podemos comunicar con usted en casa Sí No
 Dirección de correo electrónico (si es aplicable): _____
 Quisiera ser parte del 2-1-1 sistema de la red Sí No

Esta sección es opcional para contestar

Secundaria/Diploma
 Universidad: Licenciatura (mayor/menor) o
 Qué otros estudios:

Actual ocupación, si fuera aplicable:

Posición actual: _____
 Empleado por el _____
 Dirección: _____
 Por cuánto tiempo _____

Atendio Entrenamiento de Tregua: Sí No

Dónde: _____

Año: _____

Estaría interesado en un entrenamiento en el futuro?

Sí No

¿Qué tópicos le interesarían?

Tiene Acreditación para:

Ayudante de medicación	Sí	No	Ayuda de CPR/Ayuda de Primeros Auxilios	Sí	No
RN	Sí	No	LPN	Sí	No

Ha tenido experience con lo siguiente? (Experiencia no es necesaria para ser aprobado)

Marque Si No

	No	Si	SI MARCA SI. POR FAVOR EXPLIQUE
Personas que usan sillas de ruedas			
Cuidados de baños			
Transferiendo/levantando/ Cambios de posiciones			
Sondas			
Tubos para alimentar			
Descapacidades Físicas			
Ataques			
Aparatos de Comunicación			
Lenguaje de mudos			
Persona que no pueden hablar			
Habla retardada			
Discapacidad Visual			
Discapacidad del oido			
Comportamiento abusivo consigo mismo			
Comportamientos			
Comportamiento fisico Agresivo			
ADHD			
Retrasado Mental			
Autismo			
Alzheimer's o otras formas de demencia			

EXPERIENCIA:

A cuidado algun miembro de su familia/amigo con necesidades especiales? Si No

Brevemente describa otras experiencias personal o experiencia de trabajo y/o entrenamiento que haya tenido trabajando con niños, adultos o ancianos con necesidades especiales.

Forma de Confirmación de ciudadanía de los Estados Unidos

Por el propósito de cumplir con Neb. Rev. Stat. §§ 4-108 hasta 4-114, Yo confirmo como sigue:

Yo soy ciudadano de los Estados Unidos.

— 0 —

Yo soy calificado bajo la ley de Inmigración y Acta de Naturalización, mi estado de emigración y mi número de alien son los siguientes: _____, y voy estar de acuerdo en dar una copia de mi USCIS documentación cuando sea pedido.

Por este medio confirmo que la información provista en esta forma y otra aplicación relacionada para beneficios públicos son verdaderas, completadas con exactitud y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

Imprimir Nombre	<hr/> <u>(primer nombre, Segundo nombre, apellido)</u>
Firma:	<hr/> <hr/>
Fecha	<hr/> <hr/>

Forma de Confirmación de ciudadanía de los Estados Unidos

Por el propósito de cumplir con Neb. Rev. Stat. §§ 4-108 hasta 4-114, Yo confirmo como sigue:

Yo soy ciudadano de los Estados Unidos.

— 0 —

Yo soy calificado bajo la ley de Inmigración y Acta de Naturalización, mi estado de emigración y mi número de alien son los siguientes: _____, y voy estar de acuerdo en dar una copia de mi USCIS documentación cuando sea pedido.

Por este medio confirmo que la información provista en esta forma y otra aplicación relacionada para beneficios públicos son verdaderas, completadas con exactitud y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

Imprimir Nombre	<hr/> <u>(primer nombre, Segundo nombre, apellido)</u>
Firma:	<hr/> <hr/>
Fecha	<hr/> <hr/>