

Nebraska Respite.. Across the Lifespan

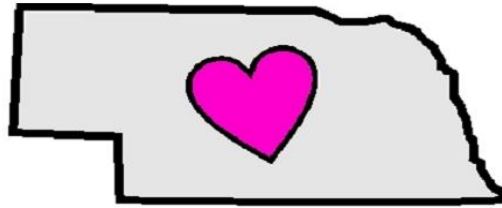
La Red de Tregua de Nebraska .. A través de la vida

Office Use Only

Date Received: _____

Date Entered: _____

Bkgrd Check:: _____



Respite Provider Intake Form - Proveedor de tregua formulario de admisión

Provider Name:

Nombre del proveedor: _____

Address/Dirección: _____

City -Ciudad

ST. - Estado

Zip - Codigo Postal

Home Phone - Teléfono (hogar) _____

Cell phone - Celular: _____

FAX # _____

Toll Free # - Número de llamada gratis: _____

TDD/VTDD # _____

E-mail address - Correo electrónico _____

Current Employer - Patrón actual _____

Work phone -Teléfono (Trabajo) _____

Is it ok to call you at work? - Esta bién si llamamos a su trabajo? Yes- Si / No - No

1 What populations will you serve? (check all that apply)

A qué poblaciones asistirá usted? (marque todas las que apliquen)

_____ Alzheimer's - Alzheimer

_____ Medical Needs - Necesidades Médicas

_____ Frail/Elderly - Ancianos Frágiles

_____ Mental Illness - Enfermedades mentales

_____ Behavioral Disorders - Desordenes de Comportamiento

_____ Chronic Illness - Enfermedades Crónicas

_____ Risk of Abuse/Neglect - Riesgo de abuso/Negligencia

_____ Physical Disability - Invalidez Fisica

_____ Developmental Disabilities -Deficiencias del desarrollo

_____ Other - Otro

2 What age group(s) will you serve? (check all that apply)

A Qué grupo(s) de edad asistirá? (marque todas las que apliquen)

_____ Children 0-2 -Niños 0-2

_____ Adults 51-64 - Adulto 51-64

_____ Children 3-5 - Niños 3-5

_____ Elderly 65-74 - Ancianos 65-74

_____ Children 6-18 - Niños 6-18

_____ Elderly 75-84 - Ancianos 75-84

_____ Adults 19-35 - Adultos 19-35

_____ Elderly 85+ - Ancianos 85+

_____ Adults 36-50 - Adulto 36-50

_____ All - Todos

3 There are many funding sources to help families pay for Respite. If you have a preference of payment, please check all those payment sources you accept.

Hay muchos fondos de recursos para ayudar a las familias a pagar por la tregua. Si usted tiene una preferencia en el tipo de pago, por favor marque solamente los tipos de pagos que acepta.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid Waiver -Dispensación de Medicaid | <input type="checkbox"/> Private Pay - Pago Privado |
| <input type="checkbox"/> Title X - Título X | <input type="checkbox"/> Respite Subsidy - Subsidio de Tregua |
| <input type="checkbox"/> Foster Care - Cuidado de crianza Temporera | <input type="checkbox"/> Early Intervention - Intervención Temprana |
| <input type="checkbox"/> Medicaid - Medicaid | <input type="checkbox"/> Social Services Block Grant Fondos en Bloque de los Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> SSI / Disabled Children Program SSI / Programa de niños discapacitados | <input type="checkbox"/> Medically Handicapped Children's Program Programa de niños Medicamente Desaventajados |
| <input type="checkbox"/> Disabled Person's and Family Support Apoyo de Familia y Personas Discapacitadas | <input type="checkbox"/> Other - Otro <input type="checkbox"/> Any - Alguno |

4 Would you consider being a Respite Volunteer (unpaid).? Yes No
Consideraría ser un voluntario de tregua (sin pago)? Si No

5 On average, how much would you charge for respite services?
Por lo regular, cuánto cobraría por los servicios de tregua?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> \$ Average Hourly Fee - Pago regular por hora | <input type="checkbox"/> Accept Donations - Acepta Donaciones |
| <input type="checkbox"/> Volunteer/Accept no fee Voluntario/ No acepta ningún pago | <input type="checkbox"/> Sliding Scale - Medición por Escala |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify) - Otro (Por favor especifique) | _____ |

6 When would you be willing to provide respite?
A qué tiempo estaría dispuesto(a) a proveer servicios de tregua?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evenings -De tardes | <input type="checkbox"/> Emergencies - Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Daytime - En el Dia | <input type="checkbox"/> Overnight - De la Noche a la Mañana |
| <input type="checkbox"/> Weekends - Fines de Semana | |
| <input type="checkbox"/> Extended Periods (specify) - Período Extenidos (especifique) | _____ |

7 Where would you be willing to provide respite? (Check all that apply)
En dónde estaría dispuesto(a) a proveer servicios de tregua? (marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> In clients home - En el hogar del cliente | <input type="checkbox"/> In my home - En mi hogar |
| <input type="checkbox"/> Hospital - Hospital | <input type="checkbox"/> Assisted Living - Institucion de Vida Asistida |
| <input type="checkbox"/> Nursing Home Facility - Asilo de ancianos | <input type="checkbox"/> Child Care facility - Guarderia Infantil |
| <input type="checkbox"/> Adult Day Care Facility - Centro de cuidado de Día de adulto | <input type="checkbox"/> Other - Otro _____ |

8 While providing respite or in addition to providing respite, is there any other assistance you would be willing to provide? (check all that apply)

Mientras provee la tregua o en adición de proveer la tregua, hay otra ayuda que quisiera proveer?
(marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personal Care - Cuidado Personal | <input type="checkbox"/> Speech Therapy - Terapia de Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Chores - Faenas | <input type="checkbox"/> Occupational Therapy - Terapia Ocupacional |

_____ Light Housekeeping - **Deberes domésticos ligeros**

_____ Physical Therapy - **Terapia Física**

_____ Errands - **Mandados(Diligencias)**

_____ Bathing - **Ayudar a Bañar**

_____ Transportation - **Transportación**

_____ Child Care - **Guarderia Infantil**

_____ Respiratory Therapy - **Terapia Respiratoria**

_____ Other - **Otro** _____

9 What requirements, **if any**, must clients meet in order to be eligible for your respite services? (e.g. none, complete approval process, qualify based on income)

Qué requisitos, si los hay, deben satisfacer los clients para ser elegibles para sus servicios de tregua? (por ejemplo: el proceso completo de aprobación, calificar basado en ingresos)

10 What intake procedures, **if any**, do families need to follow in order to receive respite services? (i.e.none, fill out application, show proof of income)

Qué procedimientos de admisión, si los hay, necesitan las familias seguir para recibir servicios de tregua/ (por ejemplo; completar una solicitud, demostrar comprobantes de ingresos)

11 What is your primary language? - **Cúal es su idioma principal?** _____

Other languages spoken? - **Otros idiomas hablados?** _____

12 What geographic area(s) will you serve? (list towns, cities, or counties)

En qué área(s) geográficas servirá usted? (liste pueblos, ciudades, o condados)

13 Please list any specialized training you've had? (please explain)

Liste cualquier entrenamiento especializado que haya tenido? (por favor explique)

14 Are you willing to share training with others ?

_____ Yes _____ No
_____ Si _____ No

Está disuesto a compartir entrenamiento con otros?

15 How many years have you been providing respite?

Cúantos años ha estado proveyendo la tregua?

___ 0-1 year/años ___ 2-3 years/años ___ 4-6 years/años ___ 7-10 years/años ___ 11+ years/años

16 What distance are you willing to travel?

Qué distancia está dipuesto(a) a viajar?

_____ Less than 10 miles - **Menos de 10 millas**

_____ 11-25 miles/ **millas**

_____ 26-50 miles/millas

_____ 51 + miles/ **millas**

17 Is your home or agency accessible (barrier free)?

_____ Yes _____ No

Es su hogar o agencia accesible (libre de barreras)?

_____ **SI** _____ **No**

18 Would you be willing to provide references? _____ Yes _____ No
Está dispuesto(a) a dar referencias? _____ SI _____ No

19 Would you be willing to offer transportation to a client? _____ Yes _____ No
Está dispuesto(a) a ofrecer transportación al cliente? _____ SI _____ No

20 How did you hear about Nebraska Respite Network?
Cómo se entero de la Red de Tregua de Nebraska?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| _____ Brochure - Folleto | _____ Friend - Amigo |
| _____ Presentation - Presentación | _____ Radio - Radio |
| _____ Newspaper - Periódico | _____ Referral - Referido(a) |
| _____ Other - Otro _____ | |

21 The Nebraska Lifespan Respite Network maintains a data base which is used to match providers with possible clients. Do you want your name to be available for referrals through this Statewide Respite Provider Database?
Usted quisiera que su nombre este disponible para remisiones mediante la Base de Datos Estatal de proveedores de Tregua del Departmentamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska para proveer services de tragua a familias?
(Circle one) Yes- Si / No - No

I, _____, give the Nebraska Lifespan Respite Service Program permission to enter the information as needed, into the Nebraska Lifespan Respite Network Health and Human Services Statewide Respite Provider Database.

Signature

Date

Yo, _____, le doy permiso al programa de los Servicios de Tregua a través de la Vida de incorporar información según sea necesaria, en la Base de Datos Estatal de los Proveedores de Tregua del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Firma

Fecha

Comments or Suggestions - Comentarios o Sugerencias: _____
(Please use sepate sheet if necessary- Sí es necesario, utilice por favor una hoja separada)

Return to:
Nebraska Respite Network * P O Box 1235 * McCook, NE 69001

