

Solo para uso de la oficina

Fecha de recepción: ____/____/____
 Comprobación de antecedentes realizada: ____/____/____
 Fecha de ingreso: ____/____/____

Por favor, devuélvalo a:

- Solicitud inicial Actualización anual

Nombre legal completo del solicitante:							
Dirección de la casa:					Ciudad, Estado, Código Postal:		
Dirección postal (si es diferente):					Ciudad, Estado, Código Postal:		
Teléfono fijo o móvil:			Correo electrónico:				
Nombre de soltera:			Fecha de nacimiento:				
¿Podemos contactar con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Podemos ponernos en contacto con usted a través de un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Marque las casillas de los horarios disponibles:	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
DURANTE EL DIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURANTE LA NOCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERIODOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMERGENCIAS/RESPALDO DE CRISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Está dispuesto a viajar para proporcionar un respiro o transportar al beneficiario de los cuidados a las citas, etc.?

- Sí No

En caso afirmativo, distancia máxima de su domicilio: 10 millas 25 millas 50 millas más de 50 millas

Condados/Pueblos atendidos: _____

Por favor, marque los tipos de atención que está dispuesto a proporcionar:

- Acompañante no cualificado Enfermería especializada

Por favor, marque el lugar donde está dispuesto a proporcionar el respiro:

- Domicilio del beneficiario de los cuidados Hogar del proveedor Entorno comunitario

Por favor, marque las Actividades de la Vida Diaria (AVD) con las que está dispuesto a trabajar:

- Aseo Baño Alimentación Cuidado personal
 Movilidad Vestirse Transferencia

Por favor, marque las deficiencias emocionales y conductuales con las que está dispuesto a trabajar:

- TDA/TDAH Hiperactividad Trastorno de apego reactivo
 Ansiedad Trastornos mentales Autoagresión
 Depresión Trastorno de oposición desafiante Rabietas
 Síndrome de alcoholismo fetal Físicamente agresivo

Por favor, marque las deficiencias médicas y de salud y/o discapacidades específicas con las que está dispuesto a trabajar:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ELA/Enfermedad de Lou Gehrig | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias graves |
| <input type="checkbox"/> Autismo/trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Sonda de alimentación | <input type="checkbox"/> Retrasos en el habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Artritis u otros problemas articulares | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/Ayudas auditivas | <input type="checkbox"/> Médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos, como anemia o Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Síndrome de la persona rígida |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios como el asma, EPOC o Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Cuidado del catéter | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Daño cerebral traumático |
| | <input type="checkbox"/> Paraplejía/cuadriplejía | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |

Por favor, marque las edades con las que está dispuesto a trabajar (marque todas las que correspondan):

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 años | <input type="checkbox"/> 19-35 años | <input type="checkbox"/> 65-74 años | <input type="checkbox"/> Todas las edades |
| <input type="checkbox"/> 3-5 años | <input type="checkbox"/> 36-50 años | <input type="checkbox"/> 75-84 años | |
| <input type="checkbox"/> 6-18 años | <input type="checkbox"/> 51-64 años | <input type="checkbox"/> 85 años o más | |

Idiomas hablados. (marque todas las que correspondan):

- Inglés Otros (por favor, enumérelos) _____

¿Cómo se enteró de la Red de Respiro de Nebraska Lifespan? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presentación | <input type="checkbox"/> Folleto/Póster | <input type="checkbox"/> Amigo/familiar |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Boletín de noticias | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> TV/Cable/Radio (marque un círculo) | <input type="checkbox"/> Referimiento | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Doy permiso para incluir mi información en el Sitio Web Oficial del Gobierno de Nebraska, Sistema de Recursos y Referencias de Nebraska (NRRS) Listado de Proveedores de Recursos de Respiro. Si marca "NO" su información permanecerá privada a través del sistema seguro en línea de Nebraska Lifespan Respite Network. Sí No

Normas de los proveedores de la red de respiro de Nebraska Lifespan:

Al firmar esta Solicitud, el Solicitante entiende que como condición para solicitar ser un Proveedor Aprobado de la Red de Respiro Lifespan, se requiere el cumplimiento de las Normas del Proveedor:

1. Asegúrese de que el proveedor individual, mayor de 14 años si proporciona cuidado de respiro, o el personal de la agencia que tenga contacto directo con el beneficiario del cuidado haya sido autorizado por el Registro Central de Abuso/Negligencia de Niños del DHHS, el Registro Central de Servicios de Protección de Adultos del DHHS, el Registro de Delincentes Sexuales de la Patrulla Estatal y la Comprobación de Antecedentes Penales de la Patrulla Estatal. El solicitante de la agencia mantendrá los resultados de estas comprobaciones en los archivos de personal de los empleados y los pondrá a disposición del Departamento.
2. El proveedor de la agencia está autorizado y/o certificado según la ley estatal.
3. Proporcionar servicios de respiro como contratista independiente, reconociendo que el proveedor no es un empleado del Departamento o del Estado.
4. Respetar el derecho a la confidencialidad del receptor de los cuidados y salvaguardar la información confidencial.
5. Reconocer la responsabilidad por la seguridad y la propiedad del receptor de los cuidados.
6. Tener conocimientos, experiencia y/o habilidades para realizar la(s) tarea(s) acordada(s) para proporcionar de forma segura el cuidado de respiro.
7. Asegurarse de que cualquier sospecha de abuso o negligencia se denuncie inmediatamente a las fuerzas del orden y/o a la línea de atención al abuso y la negligencia (1-800-652-1999).
8. De acuerdo con el Título 464 NAC 1.019.01 DISCRECIÓN DEL DEPARTAMENTO. El Departamento se reserva la facultad de denegar el pago al proveedor elegido por el beneficiario en las siguientes circunstancias:
 - a. El proveedor realiza una facturación fraudulenta;
 - b. El proveedor ha cometido fraude en otros programas del Departamento;
 - c. El proveedor ha sido condenado por abuso o negligencia de un adulto o niño vulnerable;
 - d. El proveedor ha sido condenado por un delito violento;
 - e. El proveedor ha sido condenado por pornografía infantil;
 - f. El proveedor ha sido condenado por abuso doméstico o agresión;
 - g. El proveedor ha sido condenado por hurto después de los 19 años y en los últimos tres años;
 - h. El proveedor tiene una condena por delito de fraude en los últimos 10 años;
 - i. El proveedor tiene una condena por delito de fraude en los últimos cinco años;
 - j. El proveedor tiene una condena por posesión de sustancias controladas en los últimos 10 años;
 - k. El proveedor tiene una condena por fabricación de una sustancia controlada en los últimos 10 años;
 - l. El proveedor tiene una condena por prostitución o incitación a la prostitución en los últimos cinco años;
 - m. El proveedor tiene una condena por robo o hurto en los últimos 10 años;
 - n. El proveedor tiene una condena por violación o agresión sexual;
 - o. El proveedor está inscrito o se le exige que se inscriba en un Registro o Repositorio Estatal o Nacional de Delincentes Sexuales.
 - p. El proveedor tiene una condena por cualquier delito contra un niño o un adulto vulnerable;
 - q. El proveedor tiene una condena por secuestro;
 - r. El proveedor tiene una condena por crueldad, maltrato o abandono de animales;
 - s. El proveedor tiene una condena por incendio provocado;
 - t. El proveedor tiene condenas por conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos cinco años;
 - u. El proveedor tiene dos o más cargos pendientes por conducir bajo la influencia del alcohol; o
 - v. El proveedor tiene condenas por cualquier otro delito que ponga en peligro la seguridad de un niño o adulto vulnerable.

Certifico que he leído y comprendido las normas indicadas y referenciadas más arriba y acepto cumplir con todas las normas del proveedor.

Si está proporcionando respiro en su casa, la siguiente información debe ser completada y firmada por cualquier persona de 19 años de edad o mayores que vivan en el hogar, aunque no soliciten el respiro. Si está proporcionando respiro fuera de su hogar, solo el solicitante debe rellenar y firmar. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Adjunte una copia de su permiso de conducir o de su documento de identidad con fotografía expedido por el gobierno para el archivo de su proveedor.

Firma del solicitante	Nombre impreso	/ / Fecha (mes, día, año)
Firma del miembro del hogar	Nombre impreso	/ / Fecha (mes, día, año)
Firma del miembro del hogar	Nombre impreso	/ / Fecha (mes, día, año)

Cómo presentar su solicitud

La dirección postal es diferente para cada región de Nebraska. Utiliza el mapa que aparece a continuación para localizar el condado en el que vives y envía este documento completo en papel a un coordinador de respiro de tu región de los que aparecen a continuación. Para presentar sus solicitudes electrónicamente, adjunte el formulario de solicitud en un correo electrónico dirigido a su coordinador regional local.

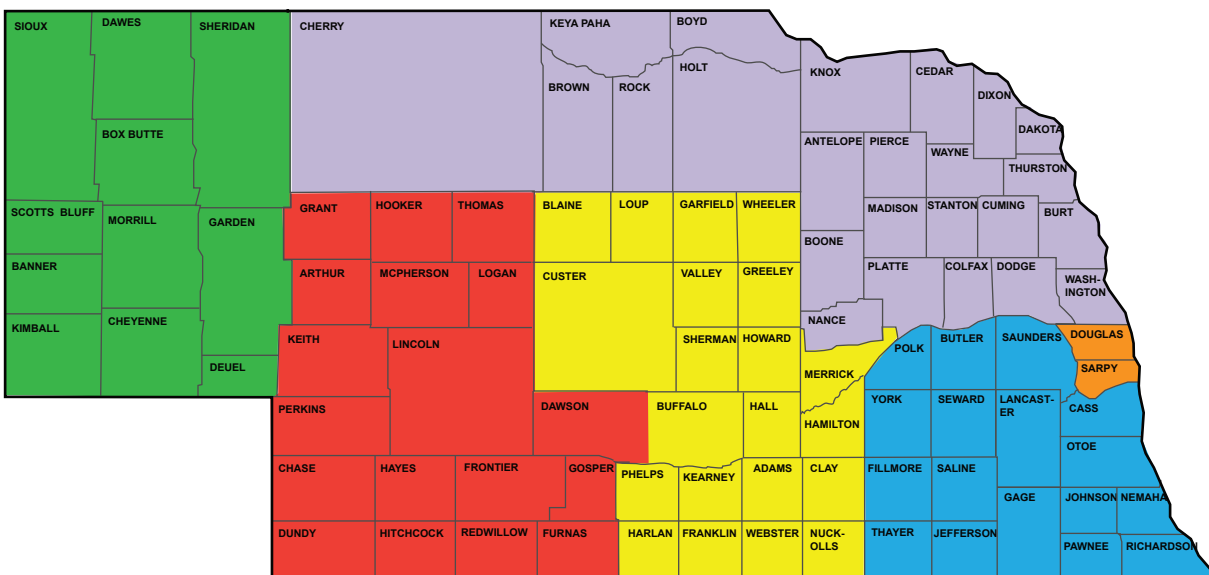
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska Red de respiro de Nebraska Lifespan

dhhs.ne.gov/respite

respite.ne.gov

Hanna Quiring, coordinadora del programa
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program and
Disabled Persons & Family Support Program
Nebraska State TSB Building, 1410 M St.
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(531) 530-7011
hanna.quiring@nebraska.gov

Jan Drewel, trabajadora de servicios sociales
DHHS - Division of Children & Family Services
Lifespan Respite Subsidy Program and
Disabled Persons & Family Support Program
PO Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
(402) 471-9188
dhhs.respite@nebraska.gov



Área de servicio occidental (red local de respiro)
Panhandle Partnership for Health and Human Services
Chadron, NE
(308) 432-8190 specialprojects@wchr.net

Área de Servicio Norte (red local de respiro)
Instituto Munroe-Meyer UNMC
Omaha, NE
northrespite@unmc.edu

Área de Servicio Suroeste (red local de respiro)
Departamento de Salud Pública del Suroeste de NE
McCook, NE
(308) 345-4990 respite@swhealth.ne.gov

Área de Servicios Centrales (red local de respiro)
Independence Rising
Kearney, NE
(402) 309-4344 respite@imebraska.org

Área de servicio del este (red local de respiro)
Instituto Munroe-Meyer UNMC
Omaha, NE
(402) 559-5732 eastrespite@unmc.edu

Compromiso de los empleadores
Kim Falk, Coordinadora de Respiro Principal
UNMC-MMI
(402) 559-4951 kim.falk@unmc.edu

Área de servicio del sureste (red local de respiro)

UNL-CCFL (Centro de Niños, Familias y Derecho)
Charlie Lewis, director del proyecto
(402) 472-9815 clewis@unl.edu
Jessie Cook, especialista en proyectos web
402-472-9827 jessica.cook@unl.edu