

Sección 1 INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE CUIDADO (persona con necesidades especiales que requiere cuidado/ supervisión continuos 24/7)

Nombre del receptor de cuidado:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---------------------------------	----------------------	---

Modalidad de convivencia: <input type="checkbox"/> Con cuidador en casa del receptor de cuidado <input type="checkbox"/> Con cuidador en casa del cuidador <input type="checkbox"/> Con otra familia o amigos <input type="checkbox"/> Vive solo	Número de Seguro Social
--	-------------------------

Estatus de ciudadanía del receptor de cuidado
 Ciudadano de los Estados Unidos Soy un extranjero calificado bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad

Estatus migratorio y Número de Registro de Extranjero:

Dirección física:

Ciudad:	Estado: NE	Código postal:	Condado:
---------	---------------	----------------	----------

¿El recipiente de cuidado necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades cuidado personal?

Bañarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ir al baño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Acicalarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Vestirse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Trasladarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mobilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Caminar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Por favor señale las necesidades conductuales/emocionales que está experimentando el receptor de cuidado que requiere supervisión: (señale todas las que apliquen)

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDD/TDHD | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Trastorno de vinculación reactiva |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Comportamiento autodestructivo |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> No-Verbal | <input type="checkbox"/> Rabietas |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Agresividad física | <input type="checkbox"/> Movimiento errático |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Por favor señale las necesidades especiales de salud que está experimentando el receptor de cuidado: (señale todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis u otros problemas de articulaciones | <input type="checkbox"/> Alimentación con sonda | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre, tales como anemia o anemia drepanocítica | | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Alergias severas | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios tales como asma o EPOC | <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Catéter |
| <input type="checkbox"/> Recuperándose de una cirugía | <input type="checkbox"/> Traqueotomía | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | |

Please check medical diagnosis of Care Recipient: (Check all that apply)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurodegenerativa |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demencia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Autismo/trastorno del espectro autista | | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral – Derrame cerebral/ACV | | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema digestivo |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral - TBI | <input type="checkbox"/> Síndrome de alcoholismo fetal | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/audífonos | <input type="checkbox"/> Retraso del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Aberración cromosómica | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/retraso del desarrollo | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca coronaria | | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

Adjunte una hoja o documentos adicionales, si es necesario, para respaldar la solicitud de relevo (por ejemplo: una carta del terapeuta, informes médicos actuales, o IEP).

Describa las necesidades especiales del receptor de cuidado, tales como rutinas cotidianas que requieren apoyo extra

Alto riesgo de colocación fuera del hogar/ establecimiento de cuidado médico (asilo para ancianos, hogar sustituto, institución de salud mental, hogar grupal)

Sí No

Sección 2: INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO (padre/madre, cónyuge, otro familiar o amigo que proporciona cuidado continuo).

Nombre(s) del cuidador:

Sexo:

Masculino Femenino

El cuidador es:

Padre/madre adoptivos Amigo(a) Tutor legal Pareja
 Padre/madre biológicos Padre/madre tutelar Hermano(a) Apoderado legal
 Hija/Hijo Abuelo/abuela Cónyuge

Otra: _____

Teléfono (casa) No.:

Celular :

Trabajo:

¿Puede contactarlo el personal del programa a través del correo electrónico?

Sí No

Correo electrónico:

Tiempo dedicado a proporcionar cuidado cada semana:

5 - 10 Horas 11 - 20 Horas Tiempo completo 24/7

Estado de salud del cuidador al momento de la solicitud (señale uno)

Bueno Aceptable Discapacitado Crítico

Empleado:

Tiempo completo Medio tiempo No es empleado o está jubilado

Explique la necesidad del cuidador de tener un relevo (un descanso de las responsabilidades de proveer cuidado)

Sección 3: ARREGLOS DE VIVIENDA

Enumere las personas que viven en el hogar del recipiente de cuidado:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el recipiente de cuidado

Sección 4: SERVICIOS DE APOYO

¿Está ud. recibiendo alguna asistencia financiera para respite/relevo en este momento ?

Sí No

Si es así ¿quién paga el relevo?

El recipiente de cuidado está recibiendo los servicios de (señale todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exención de Medicaid para Adultos y Discapacitados | <input type="checkbox"/> Programa SSI-DCP |
| <input type="checkbox"/> Salud conductual | <input type="checkbox"/> Adopción subsidiada |
| <input type="checkbox"/> Sistema de Discapacidades del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos (VA) |
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud | |
| <input type="checkbox"/> Medicaid – Número Maestro de Caso, si lo conoce _____ | |

Sección 5: RECURSOS/BIENES

Ud. o alguien del hogar posee lo siguiente:

- Sí No Si es así, enumere todo a continuación

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo | <input type="checkbox"/> Fondos mutuales | <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Cuentas de educación |
| <input type="checkbox"/> Cuentas corrientes y de ahorros | <input type="checkbox"/> Herencia | <input type="checkbox"/> Acciones/bonos | <input type="checkbox"/> Propiedades (tierra, casas) |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> 401(K) | <input type="checkbox"/> Rentas vitalicias | <input type="checkbox"/> Fideicomisos |
| <input type="checkbox"/> Ganancias por venta de casa(s) | <input type="checkbox"/> Otros recursos | | |

Propietario	¿Qué posee?	Cantidad	Propietario	¿Qué posee?	Cantidad

Sección 6: INGRESO

Indique todo el ingreso bruto (antes de deducciones). Incluya al receptor de cuidado, su cónyugue e hijos menores de 19 años.

Tipo de ingreso	Cantidad	Frecuencia con que se recibe	Quién lo recibe
Salarios , empleo independiente (Empleo por cuenta propia debe adjuntar verificación de ingresos del IRS)			
Programas de asistencia <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> ADC <input type="checkbox"/> Veteranos			
Intereses , Dividendos			
Manutención infantil, Pension alimenticia			
Otra			

Sección 7: GASTOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD

Enumere todos los gastos relacionados con la discapacidad que el receptor de cuidado debe pagar durante un año. No incluya las cantidades cubiertas por el seguro o por beneficios de otros programas. Ejemplos de gastos: visitas médicas, prescripciones, pañales, transporte medico, sillas de ruedas, ascensores, préstamos para modificació arquitetónica. No incluya los gastos de otros miembros de la familia.

Gasto	Costo	Frecuencia

Opcional raza y origen étnico

Indique la raza y la categoría étnica de la cabeza del hogar. El Título VI de la Ley de Derechos Humanos de 1964 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) nos permite pedir esta información. Esta información no será utilizada para determinar la elegibilidad para asistencia. El hecho de que usted no proporcione esta información no afectará su solicitud. Pedimos esta información para garantizar que los beneficios sean distribuidos sin distinción de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias, y, cuando aplique, creencias políticas, estatus marital, familiar, o parental; orientación sexual; o si la totalidad o parte del ingreso de una persona proviene de cualquier programa de asistencia pública; o información genética protegida en el empleo; o en cualquier programa o actividad pagado por el Departamento. Si usted no ingresa ninguna información, el trabajador proporcionará una respuesta.

Raza: seleccione todas las que apliquen

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Nativo hawaiano otro isleño del Pacífico Blanco Otro: _____

Categoría étnica – ¿Es ud. hispano o latino? Sí No

SECCIÓN 8: ACUERDO Y FIRMA

Entiendo que todas mis declaraciones pueden ser revisadas, y que si he dado alguna declaración o información falsa, podría ser acusado de cometer fraude.

...Entiendo que en cualquier momento que hayan cambios en la información que he dado, debo reportarlos inmediatamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, Coordinador del Programa de Subsidio de Respite.

...Entiendo que si no considero que mi petición ha sido manejada correctamente, tengo derecho a presentar una apelación.

...Entiendo que es posible que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska deba contactar a otras agencias e individuos para determinar mi elegibilidad financiera, y para verificar mi necesidad de la asistencia que estoy solicitando; o para remitirme a donde pueda obtener servicios. Autorizo la divulgación de esta información confidencial.

...Los pagos de beneficios pueden demorarse si usted no ingresó el número del Seguro Social del recipiente de cuidado.

... Por medio de la presente doy fe de que mis respuestas y la información dada en esta solicitud y en cualquier solicitud de beneficios públicos relacionada, es verdadera, completa y exacta, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos

Firma del receptor de cuidado o del representante autorizado	Fecha
--	-------

Firma de la persona que ayudó a llenar esta solicitud, identificada a continuación

Relación con el receptor de cuidado	Fecha
-------------------------------------	-------

Dirección del ayudante:	Ciudad:	Estado:
-------------------------	---------	---------

Teléfono:	Correo electrónico:
-----------	---------------------

Envíe la solicitud completa a:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Correo electrónico | dhhs.respite@nebraska.gov |
| 2. Correo | Nebraska Department of Health and Human Services
CFS, Economic Assistance - Lifespan Respite Subsidy
PO Box 95026
Lincoln, NE 68509-5026 |
| 3. Fax <input type="radio"/> | (402) 742-8356 (fax) |
| Preguntas: | (402) 471-9188 / OR
1-866-Respite (1-866-737-7483) para un coordinador de Respite Network local |

Sección 9: FUENTE DE REFERENCIA

Nombre/título:	Organización/agencia:
----------------	-----------------------

Dirección:	Ciudad:	Estado:
------------	---------	---------

Teléfono:	Correo electrónico:
-----------	---------------------

Solicitud de Crisis Respite adjunta: (Opcional)

- Sí No

Instrucciones:

Instrucciones para llenar el Formulario CFS-1400, “Solicitud del Programa de Subsidio Lifespan Respite”

Uso: El Formulario CFS-1400 se utiliza como una solicitud para determinar la elegibilidad para los beneficios del Programa de Subsidio Lifespan Respite. El personal del programa utilizará el formulario para recolectar los datos necesarios para determinar la elegibilidad para los servicios de relevo. El formulario también sirve como una autorización de divulgación de información cuando se requiere información adicional para determinar la elegibilidad. Este programa paga los servicios de relevo para darle un receso temporal al cuidador. El relevo significa dar a los cuidadores primarios un descanso a corto plazo de las exigencias que implica el cuidado continuo de una persona con necesidades especiales. Cuidado continuo quiere decir supervisión/cuidado constante, a tiempo completo de una persona con necesidades especiales. DHHS Manual de Referencia 464 NAC 1-007 y 1-008. NO es para personas que están recibiendo servicio de relevo de otro programa gubernamental.

Compleción: el personal del programa usará los datos para determinar la elegibilidad. La solicitud debe ser asignada. Información incompleta puede causar retrasos en la determinación de elegibilidad. La solicitud debe ser firmada y fechada por el receptor de cuidado o su representante autorizado.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE CUIDADO (La persona con necesidades especiales que requiere cuidado/supervisión continuos 24/7 a tiempo completo): ingrese el nombre, la fecha de nacimiento, sexo, arreglos de vivienda, número de Seguro Social, estatus de ciudadanía, tipo de hogar, ciudad, estado, zona postal y condado del recipiente de salud. Marque todas las casillas que apliquen.

Estatus migratorio y número de extranjero: si marca la casilla de extranjero calificado, indique el estatus migratorio y el número de extranjero.

Actividades de cuidado personal: marque todas las casillas que apliquen.

Necesidades conductuales/emocionales: marque todas las casillas que apliquen.

Necesidades de cuidado de salud especial: marque todas las casillas que apliquen.

Diagnóstico médico: marque todas las casillas que apliquen.

Necesidades especiales del receptor de cuidado: esta información se utiliza para determinar si el receptor de cuidado califica para el Programa de Subsidio Lifespan Respite. También puede ser utilizado para establecer prioridades y listas de espera. Además, provee información sobre las necesidades del cuidador. Por favor explique cómo las necesidades especiales del individuo impactan su vida diaria.

Alto riesgo de ser ubicado fuera del hogar/institución de cuidado: marque todas las casillas que apliquen.

Sección 2: INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL (padre/madre, cónyuge, otro familiar o amigo que proporciona cuidado continuo): ingrese el nombre del cuidador. Marque todas las casillas que apliquen para género y rol(es). Ingrese el número (s) de teléfono de la casa, el celular y el trabajo.

Correo electrónico de contacto: señale la casilla si el personal del programa puede contactar al cuidador por medio del correo electrónico. Ingrese una dirección de correo electrónico.

Tiempo dedicado a brindar cuidado cada semana: marque todas las casillas que apliquen.

Salud del cuidador: marque todas las casillas que apliquen.

Estatus de empleo: marque todas las casillas que apliquen.

Necesidad de relevo (Respite) del cuidador: esta información se utiliza para determinar si la solicitud cumple con las directrices del programa.

Sección 3: ARREGLOS DE VIVIENDA: enumere los nombres de las personas que viven en el hogar del receptor de cuidado. Asegúrese de incluir la fecha de nacimiento de todos y su relación con el receptor de cuidado.

Sección 4: SERVICIOS DE APOYO: esta información ayuda a identificar otros programas que pueden ser más adecuado que el Programa de Subsidio Lifespan Respite, sobre la base de los requisitos financieros. Es un factor de elegibilidad del

programa. Marque la casilla que corresponda e indique la fuente de pago, si señala Sí

Servicios para el recipiente de cuidado: marque todas las casillas que apliquen.

Seguro suplementario de Medicaid/Medicare: indique el nombre de la póliza (s).

Sección 5: RECURSOS/BIENES: marque todas las casillas que apliquen. Indique la persona (s) a la cual se le han revisado los fondos y la cantidad de cada uno de ellos. Enumere todos los recursos líquidos, incluyendo dinero en efectivo en caja, cuentas corrientes y de ahorros, certificados de depósito, acciones, bonos, valores en efectivo de seguros de vida, fondos IRA y Keogh, etc. Estos datos serán utilizados como otro factor de elegibilidad.

Sección 6: INGRESOS: puede utilizar más hojas si no hay suficiente espacio para sus respuestas en esta solicitud.

Salarios y/o empleo por cuenta propia: enumere actuales salarios brutos del hogar (antes de impuestos y deducciones) o ingreso por empleo por cuenta propia, por cantidad, frecuencia y quien lo recibe.

Programas de asistencia: marque todas las Casillas que apliquen. Indique ingreso no devengado por cantidad, frecuencia y quien lo recibe.

Intereses, dividendos: indique la cantidad, frecuencia y quien lo recibe.

Manutención infantil, pension alimenticia: indique la cantidad, frecuencia, y quien lo recibe.

Sección 7: GASTOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD: enumere todos los gastos relacionados con la discapacidad que han sido pagados a nombre del receptor de cuidado en el plazo de un año. No incluya las cantidades cubiertas por el seguro o por otros programas de beneficios. La información que se expone aquí será considerada para ver si se puede prescindir de este gasto en los ingresos. Se debe incluir cosas como gastos de bolsillo para recetas médicas, modificaciones en el hogar, pañales para personas mayores de 3 años, etc.

Opcional raza y origen étnico: marque todas las casillas que apliquen.

Sección 8: ACUERDO Y FIRMA: el recipiente de cuidado o el representante autorizado debe firmar la solicitud antes de que el personal del programa pueda autorizar los beneficios. La persona que ayude a llenar la solicitud debe firmar e indicar la relación con el recipiente de cuidado, fecha, teléfono, y correo electrónico.

Sección 9: FUENTE DE REFERENCIA: indique el nombre, la organización/agencia, y la información de contacto a través de los cuales se enteró del Programa de Subsidio Lifespan Respite.

Solicitud de Crisis Respite (Opcional): los fondos de Crisis Respite pueden ser usados en situaciones de crisis, las cuales se definen como circunstancias o eventos imprevistos que requieren medidas inmediatas; o una necesidad urgente de asistencia a corto plazo; o relevo para sustituir al cuidador en ausencia de cualquier otra fuente de financiación. Las solicitudes deben ser enviadas al coordinador de Respite local, en el Formulario CFS-1410 "Solicitud de Crisis Respite" del DHHS.

Envíe la solicitud completa (y la documentación de apoyo si es necesaria) a:

1. Correo electrónico dhhs.respite@nebraska.gov
2. Correo Nebraska Department of Health and Human Services
CFS, Economic Assistance - Lifespan Respite Subsidy
PO Box 95026
Lincoln, NE 68509-5026
3. Fax (402) 471-9226 (fax)

Preguntas: (402) 471-3531 / O 1-866-Respite (1-866-737-7483) para un coordinador de Respite Network local También puede visitar la website soportada por el DHHS "Nebraska Resource and Referral System" ["Sistema de Recursos y Referencias de Nebraska"] en <https://nrrs.ne.gov/respitesearch/>. Este servicio gratuito lo asistirá las 24 horas 7 días a la semana en la búsqueda de proveedores de relevo aprobados por la Red, que mejor se ajusten a sus necesidades. Puede buscar fácilmente recursos de relevo y servicios de apoyo a lo largo de Nebraska en este sitio