

Departamento de la Salud y de los Servicios Humanos de Nebraska

PROGRAMA DEL SUBSIDIO DEL TREGUA A TRAVÉS DE LA VIVEZA



Los Servicios del Tregua proporcionan la relevación a corto plazo a los donantes primarios del cuidado de las demandas del cuidado en desarrollo para un individuo de necesidades especiales.

El dinero de las ofertas Programa del Subsidio del Tregua a Través de La Viveza para ayudar a las familias con queridos/queridas que tienen necesidades especiales (desde nacimiento hasta la muerte) de pagar cuidado del tregua. Las familias eligen sus propios abastecedores, deciden cuánto para pagar por hora o por día, y para fijar sus propios horarios. Este programa puede ayudar solamente a esas familias que no recibe servicios de ningún otro programa gubernamental.

Hasta \$125 por mes se permite basado en el ingreso ajustada mensual de la familia*.

Para una familia de 1	\$2,655	Para una familia de 5	\$6,274
Para una familia de 2	\$3,560	Para una familia de 6	\$7,179
Para una familia de 3	\$4,465	Para una familia de 7	\$8,084
Para una familia de 4	\$5,370	Para una familia de 8	\$8,989

* El ingreso de la familia incluye todo el dinero que la familia recibe de cualquier fuente. Esto incluye (antes de impuesto) ganancias en total. Los costos relacionados a la inhabilidad se pueden restar de este total. Estos costos incluyen, pero no se limitan a, sobre los pagos pasados de la hospitalización; los pagos para las modificaciones caseras tal como la rampa del edificio; compra del equipo adaptante no cubierta por el seguro; medicaciones relacionadas de la inhabilidad.

La solicitudes se envían a y se repasan en la Unidad de Servicios del Envejecimiento y de la Inhabilidad, Sede en Lincoln. Cada familia que hace una solicitud recibirá un aviso por correo cuando se ha tomado una decisión. Para las familias elegibles, el aviso incluirá las instrucciones para la facturación; los pagos serán hechos después de que se proporcione el cuidado.

¿Preguntas? ¿Necesita una solicitud?

Llame 1-800-358-8802 o en Lincoln, llame 471-9310

Algunas direcciones básicas para la Solicitud del Subsidio del Tregua:

SECCIÓN 1:

- Cerciórese de dar el nombre de la persona con las necesidades especiales y el donante del cuidado de esa persona.
- Cerciórese de dar el **Número del Seguro Social** de amba gente, no el número de Seguro de enfermedad... este número de. (es necesario para pagar plazo).
- **Tamaño de la familia** - se define esto pues el número de la gente que es legalmente y financieramente responsable de entrambos (es decir en una casa con un pareja, dos niños de menor edad, y una abuela mayor que necesita cuidado... allí es solamente 1 en la familia porque la abuela es legalmente y financieramente responsable de sí misma)

SECCIÓN 2:

- Ésta es probablemente la parte más importante de la Solicitud del Subsidio del Tregua. En esta sección, usted necesita describir las necesidades de la persona que está requiriendo cuidado en curso continuo y las necesidades del donante del cuidado. Están buscando más que una diagnosis pero **porqué usted está en la necesidad de tregua**

SECCIÓN 3 & 4:

- La intención del subsidio del tregua es dar ayuda financiera a esas familias que no estén recibiendo fondos de a otra parte. Esta sección determina a esas familias

SECCIÓN 5:

- Otra vez, **los ingresos brutos (antes de deducciones)** de la familia que fue contada en el **tamaño de la familia** que fue indicado en la sección 1. Por el ejemplo anterior, usted incluiría solamente los ingresos de la abuela, no de los otros dos adultos en la casa

SECCIÓN 6:

- Aquí buscan los costos fuera-de-bolsillo que la "familia" ha pagado. **Ningún de los costos cubierto por seguro o otros programas deben ser incluido.**

Solicitud del Programa del Subsidio del Tregua Programa del Subsidio del Tregua a Través de la Viveza

El Nombre de la Persona con Necesidades Especiales			Fecha de Nacimiento
Dirección			Número del Seguro Social
Ciudad	Condado	Código Postal	Teléfono

Nombre del donante del cuidado (persona que reside con la persona arriba nombrada como el donante generalmente del cuidado)	Relación a la persona con necesidades especiales
---	--

Indique el número total de la gente que vive en la casa de la persona con necesidades especiales

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación a la persona con necesidades especiales

1. Por favor describe las necesidades especiales de la persona. Incluya la diagnosis médica de la persona, si está sabido. Usar hoja adicional, si es necesario.
2. Explique la necesidad de tregua del donante del cuidado (tiempo de mudanza de responsabilidades del cuidado que da)

1. ¿Usted ahora está recibiendo ayuda financiera para el plazo? Si No
 Si sí: ¿ Quién paga el servicio del tregua? _____

2. Recibe la persona con las necesidades especiales servicios de: (compruebe todo el que aplíquese).
 Seguro médico Medicaid Sistema De Desarrollo De las Inhabilidades.
 Si sí: Nombre de la compañía del seguro médico _____

Enumere cualquier efectivo, las cuentas corrientes, acciones, bonos, seguro de vida entera, certificados del depósito, etc., y cualesquiera activos que se puedan convertir al efectivo sin incurrir en una pena de impuesto substancial por el retiro temprano. Incluya los activos que pertenezcan a la persona con necesidades especiales, su esposo y los niños menos de 19. Si una persona con necesidades especiales es menos de 19, incluya los padres y los hermanos menos de 19.

Activo	¿Cuyo es él?	Cantidad

Enumere todos los ingresos brutos (antes de deducciones)		Incluya con la persona con necesidades especiales, su esposo/esposa y los niños/niñas menos de 19. Si la persona con necesidades especiales está menos de 19, incluya a los padres y a hermanos/hermanas menos de 19.		
Tipo De Ingresos	Clase de Ingreso	Cantidad	Cuántas Veces se Recibe	Quién lo recibe
Salarios, Uno mismo-Empleo				
Programas De la Ayuda (Seguro Social, SSI, ADC, Veteranos)				
Interés, Dividendos				
Ayuda Del Niño, Alimentos				
Otro:				

Costos Relacionados

Enumere todos los costos relacionados de la inhabilidad que la persona con necesidades especiales tiene que pagar en un año. No incluya las cantidades cubiertas por el seguro o otro programa de ventaja/s. Ejemplos de costos: visitas del doctor, prescripciones, pañales, transporte médico, sillas de la rueda, elevaciones, préstamos para la modificación arquitectónica. No incluya los costos de otros miembros de la familia.

Qué Costo	Cuánto Costo	Cuántas Veces	De Quién el Costo

Uso De la Oficina Solemnemente

Entiendo que mis declaraciones pueden ser comprobadas, y si he dado declaraciones o la información falsas, puedo ser encontrado culpable de fraude.

Entiendo que del siempre que haya cualesquiera cambios en la información que he dado, yo debo divulgarlos inmediatamente al Departamento de La Salud y Los Recursos Humanos de Nebraska.

Entiendo que si no pienso mi petición está manejada correctamente, yo tengo el derecho de archivar una súplica.

Entiendo que el Departamento de La Salud y Los Recursos Humanos de Nebraska puede necesitar ponerse en contacto con otras agencias y individuos para determinar mi elegibilidad financiera y para verificar mi necesidad de la ayuda la cual estoy solicitando, o hacer remisiones para asistirme para obtener servicios. Autorizo poner en libertad de esta información confidencial.

Los pagos para los beneficios pueden ser retrasados si usted no termina el # del Seguro Social para la persona con necesidades especiales.

Firma de la persona con Necesidades Especiales o El Padre o El Guardián	Fecha Firmada
Firma de la Persona que Ayudó Completar esta Solicitud, Si es Aplicable	Fecha

Envíe la solicitud terminada a:
 Nebraska Department of Health & Human Services
 Aging & Disability Services
 P.O. Box 95044
 Lincoln, NE 68509-5044

¿Preguntas? Llame al Exento de Peaje 1-800-358-8802 o en Lincoln, llame 471-9310