



Nebraska Respite Network
1 866 RESPITE

308.345.4990

**APLICACION
 PARA
 PROVEER TREGUA**

Office Use only

Date Received: _____
 Background Check Completed: _____
 Date Entered: _____

Por favor regresar a:

**Nebraska Respite Network
 Southwest Service Area
 404 West 10th ST/PO Box 1235
 McCook, NE 69001**

respite@swhealth.ne.gov

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 físico 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.

Marque las cajas por los tiempos que puede estar disponible	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
En el día							
En la noche							
De un día para el otro							
Períodos Extendidos							
EMERGENCIAS							

Estoy interesada en proporcionar tregua en lo siguiente: (Marque las siguientes categorías de interés)

Edad: 0-18 19-59 60 ó mayores

Discapacidades/necesidades especiales con las cuales le gustaria trabajar:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familias en crisis | <input type="checkbox"/> Enfermedades Crónicas | <input type="checkbox"/> Necesidades Médicas |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's/demencia | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mental |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Ancianos Fragiles | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física |

Lugares donde proporcionaria servicios de tregua:

- En la casa del cliente Fuera de la casa del cliente.
 (Esta su casa sin barrera?) Si ___
 No ___

Fondos que aceptaria como forma de pago: _____

- Fondos del Gobierno/Estado Pago Privado Voluntario, si sea necesario

Tasa de Honorarios \$ _____ por hora \$ _____ al día \$ _____ de noche
 \$ _____ Fin de semana _____ **negociable**

Abastecedores pagados: Cualquier honorario cargado se negocia entre el abastecedor y la familia encargada del cuidado de tregua. Si usted esta inseguro de las tarifas que usted requeriría satisfacer, piense de forma que se sienta cómodo y negocia la cantidad con la familia. Sus tarifas pueden cambiar debido a las necesidades que varían entre familias.)

Transporte, usted no tiene que conducir para proporcionar tregua:

- ¿ Usted proporcionaría el transporte? Si No
 ¿Está usted dispuesto a viajar para proporcionar tregua? Si No
 Menos de 10 millas 26-50 millas
 11-25 millas Más de 50 millas

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 estatus 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/>



AGENCY REQUEST FOR INFORMATION FROM THE NEBRASKA ADULT AND CHILD ABUSE AND NEGLECT REGISTER/REGISTRY

I hereby request information from the Nebraska Adult and Child Abuse and Neglect Registry. I agree to use the requested information to determine whether to hire or retain the individual to provide care, custody, treatment, transportation or supervision of children or vulnerable adults.

Agency Name/ Fax: Respite Network – Southwest Service Area / FAX: 308-345-4289

Address and Phone Number 404 W 10th ST., PO Box 1235 McCook, NE. 69001/Phone: 308-345-4990

I hereby authorize the Division of Children and Family Services to disclose whether I have an Adult and/or Child Abuse and Neglect Register/Registry record to the above-named agency.

Print Full Legal Name: (applicant) _____

Signature (applicant)

Date

Current Address: _____
(Street/City/State/Zip)

Applicant Date of Birth

Applicant Social Security Number

Other names previously used such as former married names, maiden name and nick names. Please Print.

Names and birth dates of your children and children who have lived with you. Please Print.

Any Address at which you have resided during the past 20 years. Please Print.

