

**SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Completa para personas con necesidades especiales o discapacidad)**

Apellido:		Nombre:		2do Nombre:		Apodo:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social:			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Nebraska	Código Postal:		Condado:	
Teléfono:		Correo Electrónico:		¿Puede el personal del programa ponerse en contacto con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del Cuidador Principal:			¿Vive el cuidador principal con el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separados							
<b>Etnicidad/Raza Principal:</b>							
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Hispánico		<input type="checkbox"/> Blanco (no Hispano)	
<input type="checkbox"/> Afroamericano		<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Otro:			
<b>Veterano (Cónyuge de):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Branch of Service:							
Fechas de Servicio:			El veterano tiene una discapacidad relacionada con el servicio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Recibir Servicios de Administración de Veteranos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Describe si no es así, por qué no:							

**Con el propósito de cumplir con Neb. Rev. § 4-108 a 4-114, doy fe de lo siguiente:**

Mi Estatus Migratorio: <input type="checkbox"/> Soy ciudadano estadounidense - O - <input type="checkbox"/> Soy un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad		Número de Extranjero	
Habla Inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma Hablado:	

**SECCIÓN II EVALUACIÓN FUNCIONAL**

*Marque las casillas que mejor describan el nivel de asistencia requerido para cada actividad.*

**Autocuidado y Capacidad para la Vida Independiente**

Actividad	Puede Hacerlo de Forma Independiente	Necesita Ayuda Mensualmente pero No Semanalmente	Necesita Ayuda Semanalmente pero No Diariamente	Necesita Ayuda a Diario	Si Actualmente está Recibiendo Ayuda, ¿Quién le Ayuda?	¿Qué Discapacidad Limita esta Actividad?
Comer significa la ayuda necesaria para completar el proceso de comer. Incluye asistencia con el lavado de manos y la aplicación de aparatos ortopédicos necesarios para comer. Incluye supervisión relacionada con problemas para masticar /deglución, asfixia y control de la ingesta.						

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
**Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación**

Bañarse significa asistencia con la higiene personal básica y el cuidado de la piel, incluido comenzar y completar los pasos de un baño o ducha.						
<b>Actividad</b>	<b>Puede Hacerlo de Forma Independiente</b>	<b>Necesita Ayuda Mensualmente pero No Semanalmente</b>	<b>Necesita Ayuda Semanalmente pero No Diariamente</b>	<b>Necesita Ayuda a Diario</b>	<b>Si Actualmente está Recibiendo Ayuda, ¿Quién le Ayuda?</b>	<b>¿Qué Discapacidad Limita esta Actividad?</b>
El aseo/higiene significa asistencia con el cuidado básico del cabello, el cuidado bucal y el afeitado, la aplicación de cosméticos, desodorante y el cuidado básico de las uñas. Cuidado de anteojos y audífonos.						
Vestirse significa ayudar a elegir, vestir y cambiar de ropa y uso de electrodomésticos, envolturas o ropa (por ejemplo, manguera TED).						
Uso del inodoro significa asistencia con la eliminación y el cuidado del intestino o la vejiga, incluidas las transferencias, la movilidad, la posición, la higiene femenina, el uso de equipos y suministros para ir al baño, la limpieza del área perineal, la infección de la piel y el ajuste de la ropa.						
La movilidad significa ayuda para caminar o usar una silla de ruedas o un andador.						
Transferir significa ayudar a posicionar o girar a una persona para que reciba el cuidado y la comodidad necesarios.						
El transporte médico significa que se necesita ayuda para llegar y volver de las citas médicas relacionadas con la discapacidad.						
El manejo de medicamentos significa que se necesita ayuda para tomar los medicamentos de manera segura según lo prescrito por un profesional médico.						

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
**Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación**

Compras esenciales significa que se necesita ayuda con la capacidad física de pasar por una tienda para obtener artículos necesarios, no relacionados con el transporte.						
Gestión Financiera / Pago de Facturas						
Las tareas domésticas ligeras de rutina significan que se necesita ayuda con la ropa, la aspiradora, los platos, etc.						
<b>Otras Actividades Importantes de la Vida:</b>						
Actividad	Puede Hacerlo de Forma Independiente	Necesita Ayuda Mensualmente pero No Semanalmente	Necesita Ayuda Semanalmente pero No Diariamente	Necesita Ayuda a Diario	Si Actualmente está Recibiendo Ayuda, ¿Quién le Ayuda?	Comentarios
Lenguaje receptivo y expresivo (la capacidad de transmitir su significado o mensaja los demás o de comprender un mensaje que se le transmite).						
Aprendizaje (la capacidad de adquirir información de la misma manera que otros compañeros en el mismo rango de edad).						
Autodirección (la capacidad de actuar en nombre propio, resolver problemas y tomar decisiones informadas).						

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
**Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación**

Habilidades laborales: La capacidad de tolerar el trabajo. Si esto está deteriorado, ¿ha solicitado Incapacidad por Seguro Social, pero se les negó <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
---	--	--	--	--	--	--

**Equipos de Adaptación**

Equipo	Tiene	Tiene pero no usa	Necesidades	Comentarios
Equipo de baño				
Equipo	Tiene	Tiene pero no usa	Necesidades	Comentarios
Aparato ortopédico, Prótesis				
Bastón, muletas				
Suplementos diabéticos				
Dentadura postiza				
Barandillas, barras de apoyo				
Cama de hospital				
Sistema de elevación				
Alerta Médica Telefónica, Lifeline				
Equipo de asistencia para el baño / baño				
Caminante				
Silla de ruedas manualo motorizada				

Equipo de acceso (acceso a/ desde casa, baño)				
---	--	--	--	--

¿Está recibiendo actualmente comidas a domicilio?  Sí  No

Revisa los días en que recibes las comidas a domicilio:  
 Dom  Lun  Martes  Miér  Jue  Vie  Sáb

¿Quién proporciona las comidas?	¿El costo de cada comida?
---------------------------------	---------------------------

¿Su médico le ha recomendado alguna dieta especial?:  Sí  No

Comentarios:

**Preparación de Comidas**

**Debido a una necesidad médica crónica o discapacidad, ¿necesita ayuda para preparar alimentos?**  Sí  No

¿Tienes ayuda actualmente?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién le ayuda a preparar sus comidas?  Familia/Cónyuge  Trabajador a Domicilio

¿Qué comida(s)?

Desayuno:	<input type="checkbox"/> Dom	<input type="checkbox"/> Lun	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Mie	<input type="checkbox"/> Jue	<input type="checkbox"/> Vie	<input type="checkbox"/> Sab
Almuerzo:	<input type="checkbox"/> Dom	<input type="checkbox"/> Lun	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Mie	<input type="checkbox"/> Jue	<input type="checkbox"/> Vie	<input type="checkbox"/> Sab
Cena:	<input type="checkbox"/> Dom	<input type="checkbox"/> Lun	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Mie	<input type="checkbox"/> Jue	<input type="checkbox"/> Vie	<input type="checkbox"/> Sab

Marque cualquier artículo que afecte su capacidad para comer:

<input type="checkbox"/> Asfixia	<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Deglución	<input type="checkbox"/> Cortar la comida	<input type="checkbox"/> Dentaduras Postizas (falta o mal ajuste)
<input type="checkbox"/> Gusto	<input type="checkbox"/> Apertura de Contenedores	<input type="checkbox"/> Ninguno

**SECCIÓN III NECESIDADES MÉDICAS**

**¿Recibe Servicios de Cuidados Paliativos?**  Sí  No

Haz una lista de todos los medicamentos que tomas actualmente. Incluye todos los medicamentos/suplementos recetados de venta libre.

Fecha de inicio	Nombre del Medicamento y Dosis	Médico que Receta	Discapacidad que Trata el Medicamento

**Alergias:**

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación

**Autogestión de Medicamentos**

¿Toma sus medicamentos según lo recetado?  Sí  No

Si no es así, ¿por qué?  Elección personal  No tiene cobertura de seguro/no puede pagarlo  Olvidar

Si tomas medicamentos regularmente, ¿necesitas recordatorios?  Sí  No

Si es así, comprueba cualquiera de los siguientes recordatorios que utiliza:

Calendario  Pastillero/Dispensador  Cartón de huevos/sobre/bolsa  La persona recuerda/da/configura

¿Quién proporciona ayuda con este medicamento?

**Necesidades Cognitivas**

(Marque Sí o No a cada pregunta)

No hay problemas de memoria notables:  Sí  No

Ocasionalmente olvidadizo:  Sí  No

Olvida con frecuencia información sobre amigos, familiares, noticias, eventos, etc.:  Sí  No

Se confunde:  Sí  No

Se pierde:  Sí  No

Deambula durante la noche:  Sí  No

**Prueba de Riesgo de Caídas**

¿Cuántas veces te has caído en el último año?

¿Una caída causó una lesión?  Sí  No

¿Te preocupa que te puedas caer?  Nunca  Ocasionalmente  A veces  Frecuentemente

¿Limita las actividades ahora debido a preocupaciones relacionadas con el otoño?

Nunca  Ocasionalmente  A veces  Frecuentemente

**Personal Médico**

Médico de Cabecera:

Teléfono del Médico:

Especialista(s):

Nombre:

Área de Especialidad:

Teléfono:

Farmacia(s):

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Dentista:

Teléfono del Dentista:

Nombre del Proveedor en el Hogar:

Teléfono del Proveedor en el Hogar:

Correo Electrónico del Proveedor en el Hogar:

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación

**Necesidades de Transporte Médico**¿Conduces?  Sí  No¿Tienes carro?  Sí  NoEn caso afirmativo, ¿el automóvil está registrado y tiene el seguro mínimo requerido por la ley?  Sí  NoSi el solicitante tiene un automóvil, pero no conduce, ¿alguien más lo lleva a las citas médicas?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién conduce?

Relación del conductor con el solicitante:

¿Hay algún programa que pague o ayude con su transporte médico?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién?

¿Puedes caminar desde el interior de tu casa hasta la acera?  Sí  No¿Puedes cargar 10 libras sin ayuda?  Sí  NoSi necesita un vehículo con elevador para sillas de ruedas, ¿tiene acceso a uno?  Sí  No**Sección IV SUFICIENCIA ECONÓMICA/INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA\***

Los adultos solteros (mayores de 19 años sin hijos menores de edad) deben indicar solo sus ingresos. Las familias deben enumerar los ingresos de las parejas casadas o los ingresos de los adultos, incluidos los salarios de los niños de 14 a 18 años.

**Ingresos Mensuales Brutos (antes de deducciones):**

\$

Fuentes (Marque todas las que correspondan):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidades o seguros                         | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos o pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler                 |
| <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos                        | <input type="checkbox"/> Ingresos por arrendamiento de tierras          | <input type="checkbox"/> Salarios de trabajo por cuenta propia |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Pensión o Jubilación                | <input type="checkbox"/> Jubilación Ferroviaria                         | <input type="checkbox"/> Pago de Adopción Subsidiada           |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social                   | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos             |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo o Compensación Laboral    | <input type="checkbox"/> Salarios de empleo                             | <input type="checkbox"/> Ingresos agrícolas                    |

Fuente	Importe	Con qué frecuencia se recibe	¿Quién lo recibe?

**Activo**

Enumere los activos financieros disponibles:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidades                            | <input type="checkbox"/> Efectivo                                      | <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s)            |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de ahorros para la educación | <input type="checkbox"/> Ganancias de la venta de una propiedad o casa | <input type="checkbox"/> Cuenta(s) corriente(s)    |
| <input type="checkbox"/> Fondos Mutuos                          | <input type="checkbox"/> Acciones, Bonos                               | <input type="checkbox"/> Herencia                  |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de ahorros                   | <input type="checkbox"/> Certificados de Depósito (CD)                 | <input type="checkbox"/> Propiedad (terreno, casa) |
| <input type="checkbox"/> 401(K)                                 | <input type="checkbox"/> Campaña                                       | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Entera     |

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
**Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación**

También enumere los activos líquidos que se pueden convertir en efectivo sin incurrir en una multa sustancial. Excepciones: 401(K) o cuentas de jubilación de empleo para propietarios que no tienen edad de jubilación y cuenta(s) de ahorro educativo para hijos o nietos. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

Fuente	Tipo	Valor

\*Adjunte a la Solicitud/Evaluación los siguientes documentos: copia de su carta de Adjudicación del Seguro Social más reciente (si corresponde), verificación de ingresos del trabajo (salarios/ingresos agrícolas/ingresos del trabajo por cuenta propia/ingresos de alquiler de propiedades/ingresos por arrendamiento de tierras/pensión-jubilación-ferrocarril) e ingresos no derivados del trabajo (beneficios por discapacidad o jubilación del Seguro Social/pensión alimenticia/manutención de los hijos/beneficios por discapacidad de veteranos/seguro de desempleo/compensación del trabajador/fondo fiduciario) y recursos, verificación del valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida, comprobante de intereses y dividendos de ahorros/inversiones/anualidades, verificación de gastos relacionados con la discapacidad.

**¿Tienen un Fondo de Entierro\*?**

Sí     No                      Irrevocable?    Sí     No                      Actual Valor en efectivo \$

Nombre(s) del beneficiario(s), Relación (principal):

Nombre(s) del beneficiario(s), Relación (secundaria):

\*Presentar documentación de este activo:

**Seguro**

Seguro de salud (Compañía(s):

Medicaid (Número de proveedor):

Porcentaje del importe del coste (si lo hubiera):  
\$

Medicare (Marque todo lo que corresponda):    Parte A     Parte B     Parte C     Parte D

**Gastos de Bolsillo no Reembolsados Relacionados con su Discapacidad**

*Enumere los gastos pagados por el solicitante y no reembolsados o pagados por el seguro o cualquier fondo de programa público / privado. Los gastos deben estar relacionados con su discapacidad. Los gastos médicos generales o las primas de seguro no son elegibles. No incluya los gastos de otros miembros de la familia. Se requiere documentación de respaldo. Nota: Se necesita un mínimo de tres meses de gastos de bolsillo para determinar un costo de bolsillo promedio.*

Gasto	Condición médica crónica o discapacidad con la que está relacionado el gasto	Frecuencia de pago	Pago Anual Total

**Miembros del hogar**

Nombre	Relación con el solicitante (esposa, hija, hijo, pareja, abuelo, etc.)	Fecha de Nacimiento

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
**Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación**

Arreglo de vivienda del solicitante:

- Casa    Dúplex    Apartamento    Casa Mobile    Vivienda para personas mayores    Vida asistida

La residencia es:

- Propiedad    Alquilado    Otro:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adulto que vive solo                         | <input type="checkbox"/> Adulto que vive con un familiar    |
| <input type="checkbox"/> Adulto que vive con un adulto no emparentado | <input type="checkbox"/> Niño que vive con padres adoptivos |
| <input type="checkbox"/> Niño que vive con padres biológicos          | <input type="checkbox"/> Niño que vive con abuelo(s)        |
| <input type="checkbox"/> Niño que vive con adulto (s) no pariente(s)  | <input type="checkbox"/> Adulto que vive con su cónyuge     |

**Pariente(s) que Recibe(n) Servicios de DPFS**

Relación:

Información Militar:

¿Hay alguien en el hogar actualmente activo o en la reserva en alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?       Sí    No

¿Usted o algún miembro de su familia ha servido en alguna rama de las Fuerzas Armadas?    Sí    No

*En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para esta(s) persona(s).*

**Nombre de la persona en las fuerzas armadas o cónyuge o hijo de un veterano:**

**Es un:**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Veterano                              | <input type="checkbox"/> Activo  |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge de un veterano                | <input type="checkbox"/> Reserva |
| <input type="checkbox"/> Hijo de un veterano (18 años o menos) |                                  |
| <input type="checkbox"/> Veterano                              | <input type="checkbox"/> Activo  |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge de un veterano                | <input type="checkbox"/> Reserva |
| <input type="checkbox"/> Hijo de un veterano (18 años o menos) |                                  |
| <input type="checkbox"/> Veterano                              | <input type="checkbox"/> Activo  |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge de un veterano                | <input type="checkbox"/> Reserva |
| <input type="checkbox"/> Hijo de un veterano (18 años o menos) |                                  |

**Sección V INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL (Responda solo si el cuidador principal vive con el solicitante)**

¿Tiene el cuidador ayuda para cuidar al solicitante?    Sí    No

Si la(s) persona(s) que ayuda(n) no están disponibles, ¿hay otras personas que ayuden si se les pide?    Sí    No

Verifique las limitaciones o restricciones del cuidador principal:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna restricción en particular | <input type="checkbox"/> Mala salud, discapacitado, frágil                          | <input type="checkbox"/> Carece de conocimientos, habilidades |
| <input type="checkbox"/> Brinda cuidado a los demás        | <input type="checkbox"/> No es fiable debido a otros compromisos                    | <input type="checkbox"/> Empleado                             |
| <input type="checkbox"/> Mala relación con el solicitante  | <input type="checkbox"/> Vive a distancia   | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas            |
| <input type="checkbox"/> Tensión financiera                | <input type="checkbox"/> Depende del solicitante de vivienda, dinero u otro tipo de |   |

Cuidador principal actual, situación laboral:

- Dedicación plena    Tiempo parcial    Desempleado    Jubilado    Terminó el empleo para cuidar al solicitante

¿El trabajo o la vida social del cuidador principal se han visto afectados por los deberes del cuidador?    Sí    No

¿El cuidador principal tiene otras responsabilidades de cuidado?    Sí    No

¿Cuántas horas al día tiene el cuidador principal disponible para la atención del proveedor al solicitante?

¿Cuántas horas al día suele dedicar el cuidador principal a cuidar al solicitante?

Describe los problemas con el cuidado continuo (si los hubiera).

En general, ¿qué tan estresado está el cuidador principal?  No estresado  Algo estresado  Muy estresado

¿Necesita el cuidador principal servicios de relevo (descanso temporal del cuidado a tiempo completo)?  Sí  No

¿Está recibiendo actualmente el subsidio de relevo de por vida?  Sí  No

**SECCIÓN VI AUTORIZACIÓN/ACUERDO Y FIRMA**

Entiendo que mis declaraciones pueden ser verificadas, y si he dado declaraciones o información falsa, puedo ser declarado culpable de fraude.

Entiendo que siempre que haya cambios en la información que he proporcionado, debo reportarlos inmediatamente a la Personal del Programa DPFS del DHHS.

Entiendo que si creo que mi solicitud no se maneja correctamente, tengo derecho a presentar una apelación.

Entiendo que es posible que el DHHS deba comunicarse con otras agencias e individuos para determinar mi elegibilidad para el DPFS para el que estoy solicitando, o para hacer referencias para ayudarme a obtener servicios. Autorizo al DHHS a divulgar y recibir información confidencial para tales fines.

Los pagos de los beneficios pueden retrasarse si no proporcioné mi número de Seguro Social.

Por la presente doy fe de que mi respuesta y la información proporcionada en este formulario y en cualquier solicitud relacionada de beneficios públicos son verdaderas, completas y precisas, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

También autorizo al DHHS a divulgar y compartir información sobre mi solicitud de DPFS y mi elegibilidad en mi nombre con los siguientes miembros de la familia e individuos:

<b>Firma del Solicitante (o persona autorizada):</b>	<b>Fecha:</b>
--	---------------

**Persona que Ayuda con la Solicitud/Evaluación (Fuente de Referencia)**

Nombre:

Relación con el Solicitante/Función Legal de la Persona Autorizada:

Agencia (si la hubiera):

Dirección de la Agencia:	Ciudad de la Agencia:
--------------------------	-----------------------

Código Postal de la Agencia:	Correo Electrónico de la Agencia:	Teléfono de la Agencia:
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
 Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación

Envíe este formulario de solicitud/evaluación completado y los documentos de respaldo a:

1. Correo Electrónico: dhhs.DPFS@nebraska.gov
2. Correo: Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 División de Servicios para Niños y Familias, Programa de Asistencia  
 Económica para Personas Discapacitadas y Apoyo Familiar  
 Apartado de Correos 98933  
 Lincoln, NE 68509-8933
3. Fax: (402) 742-8396

Preguntas: línea gratuita 1-844-807-1197 o en Lincoln (402) 471-9220

### Instrucciones

#### Instrucciones para completar el Formulario DPF-3 Revisado 11/2014, "Solicitud de Servicio y Dispositivo del Programa de Apoyo para Personas y Familias Discapacitadas (DPFS) – Autoevaluación"

Uso: El Formulario DPF-3 Revisado 11/2014 se utiliza como una solicitud para determinar la elegibilidad para los beneficios del Programa de Apoyo para Personas y Familias Discapacitadas. El personal del programa usará el formulario para recopilar los datos necesarios para determinar la elegibilidad de las personas de todas las edades que cumplan con los criterios de ingresos, discapacidad y necesidad para los servicios de DPFS. También sirve como una divulgación de información cuando se necesita información adicional para determinar la elegibilidad del programa. Este programa está destinado a proporcionar un apoyo financiero mínimo a las personas con discapacidades para mantener u obtener empleo, mantener la independencia y prevenir la institucionalización. El Programa financiado por el estado no funciona como un derecho y los servicios están destinados a complementar, pero no reducir, la responsabilidad de los servicios y apoyos disponibles a través de otros programas para los cuales la familia o la persona con una discapacidad pueden ser elegibles, como Medicaid, Subvención en Bloque de Servicios Sociales, Administración sobre el Envejecimiento u otros programas con fondos federales. Referencia del Manual del DHHS 472 NAC Capítulo 1 a Capítulo 4.

**Información Completa:** El personal del programa utilizará los datos para determinar la elegibilidad. La información incompleta puede retrasar la determinación de la elegibilidad. La solicitud debe estar firmada y fechada por el solicitante o su representante autorizado.

**Sección 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Persona con necesidades especiales o discapacidad):** Ingrese el nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección, ciudad, código postal, condado, número de teléfono, dirección de correo electrónico (indique si se permite el contacto por correo electrónico), nombre del cuidador principal e indique si el cuidador principal vive con el solicitante.

**Estado Civil:** Marque el estado que corresponde.

**Etnicidad/Raza Principal:** Marque el estado que más se apoye.

**Veterano (cónyuge de):** Marque sí o no y proporcione respuestas a las preguntas. Escriba "n/a" si no tiene servicio militar.

**Estatus Migratorio y Número de Extranjero:** Verifique el estatus. Si es un extranjero calificado, proporcione su estatus migratorio y su número de extranjero. Indicar Lengua(s) hablada(s).

**Preparación de la Comida:** Marque la(s) opción(es) de cada pregunta que mejor describa sus necesidades especiales.

**Sección II EVALUACIÓN FUNCIONAL:** Esta información se utiliza para respaldar la necesidad de servicios específicos del programa. Marque la casilla para Cada pregunta que mejor describa el nivel de ayuda que necesitas para cada actividad. Marque la casilla de verificación sí o no que corresponda a cada pregunta. Si recibe comidas a domicilio, marque los días en que se entregan. Responda preguntas adicionales. Escriba "n/a" si no recibe comidas a domicilio o si el médico no le ha recomendado una dieta especial.

**Sección III: NECESIDADES MÉDICAS:** Esta información se utiliza para complementar el Formulario DPF-1 "Informe de Incapacidad del DPFS" y determinar la necesidad de servicios del programa.

**Servicios Paleativos:** Marque sí o no.

**Medicamentos:** Proporcione detalles de los medicamentos que toma actualmente. La información incompleta puede retrasar la determinación de la elegibilidad.

**Alergias:** Enumere las alergias conocidas.

**Autocontrol de Medicamentos:** Marque la(s) opción(es) de cada pregunta que mejor describa sus necesidades especiales.

**Necesidades Cognitivas:** Marque la(s) opción(es) de cada pregunta que mejor describa sus necesidades especiales.

**Evaluación de Riesgo de Caídas:** Marque la(s) opción(es) de cada pregunta que mejor describa sus necesidades especiales.

**Personal Médico:** Proporcione información de contacto. La información incompleta puede retrasar la determinación de la elegibilidad.

**Necesidades de Transporte Médico:** Marque la(s) opción(es) de cada pregunta que mejor describa sus necesidades especiales.

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS)  
Solicitud de Servicios y Dispositivos - Autoevaluación

**Sección IV SUFICIENCIA ECONÓMICA/INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA:** Información utilizada para determinar la elegibilidad financiera. Se requiere la verificación de los ingresos, los recursos y los gastos relacionados con la discapacidad declaradas.

**Ingresos Mensuales** brutos (antes de las deducciones): Enumere los ingresos y marque todas las fuentes que correspondan.

**Activos:** Compruebe todas las fuentes de activos. Listado por fuente, tipo y valor actual.

**Fondo de Entierro:** Verifique si tiene un fondo establecido y si es irrevocable. Indique el valor en efectivo y el beneficiario/relación.

**Seguro:** Enumere los detalles de las pólizas.

**Gastos Relacionados con la Discapacidad no Reembolsados (según el formulario) Gastos Relacionados con la Discapacidad:**

Proporcione detalles de los gastos relacionados con la discapacidad pagados en nombre del solicitante en el plazo de un año. No incluya los gastos médicos o domésticos no relacionados con la discapacidad informada en la solicitud/evaluación. No incluya los gastos de los miembros del hogar. No se tendrán en cuenta los montos cubiertos por el seguro o pagados por los programas de beneficios. La información que se enumera aquí se considerará para ver si el gasto puede ser descontado de los ingresos.

**Arreglo de Vivienda del Solicitante:** Marque las opciones que mejor describen su hogar y con quién vive.

**Familiares con Servicios de DPFS:** Enumere a todos los miembros de la familia que recibieron servicios pasados o presentes.

**Sección V INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL:** Responda las preguntas solo si el cuidador principal vive con el solicitante.

Esta información se utiliza para ofrecer acceso a recursos de relevo y apoyo a cuidadores familiares no remunerados a tiempo completo a través de la Red de Relevo de Esperanza de Vida de Nebraska.

**Sección VI AUTORIZACIÓN/ACUERDO Y FIRMA:** El solicitante o representante autorizado debe firmar la solicitud/evaluación antes de que el personal del Programa pueda determinar la elegibilidad. Cualquier persona que ayude a completar la solicitud debe firmar y enumerar la relación, la fecha, la dirección, el correo electrónico y el teléfono.