

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Completar en el caso de personas con necesidades especiales o discapacidad)

Apellido:		Primer Nombre:		MI:	Apodo:
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Nebraska	Código Postal:	Condado:
Teléfono:		Correo Electrónico:		¿Puede el personal del programa contactarlo por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Cuidador Principal:			¿El cuidador principal vive con el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado					
Etnicidad/Raza Principal: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro:					
Con el fin de cumplir con Neb. Rev. § 4-108 a 4-114, atestiguo lo siguiente:					
Mi estatus migratorio: <input type="checkbox"/> Soy Ciudadano Estadounidense - O - <input type="checkbox"/> Soy un extranjero calificado según la Ley de Inmigración y Nacionalidad federal.					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.

Cuidado en el Hogar y Asuntos		
Actividad	Asistencia	
LIMPIEZA DEL HOGAR: incluye ayuda con el lavado de la ropa, pasar la aspiradora, fregar los platos, etc.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
MANTENIMIENTO: incluye asistencia para el mantenimiento de la estructura residencial, el cuidado del jardín y la instalación de las modificaciones necesarias en el hogar.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
ADMINISTRACIÓN FINANCIERA: incluye ayuda para supervisar las cuentas, gestionar los ingresos y pagar las facturas.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
COMPRAS: incluye la ayuda con la capacidad física para recorrer una tienda en busca de los artículos necesarios, no relacionada con el transporte.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
HABILIDADES LABORALES: incluye la capacidad de desempeñar funciones para el empleo en puestos remunerados.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada

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

SECCIÓN II - EVALUACIÓN FUNCIONAL (CONTINUACIÓN)

Cognición Interactiva y Social

Actividad	Asistencia	
LENGUAJE: incluye la capacidad de expresar y recibir lenguaje, o de transmitir y comprender significados o mensajes.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
APRENDIZAJE: incluye la capacidad de adquirir información en la misma medida que otros compañeros de edades similares.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
MEMORIA: incluye la capacidad de recordar acontecimientos, información o lugares en situaciones a corto o largo plazo.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
AUTODIRECCIÓN: incluye la capacidad de actuar por cuenta propia, resolver problemas y tomar decisiones con conocimiento de causa.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada

Cuidados Personales y Vida Independiente

Actividad	Asistencia	
BAÑO: incluye ayuda con la higiene personal básica y el cuidado de la piel, incluido el inicio y la finalización de los pasos de un baño o una ducha.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
PELUQUERÍA /HIGIENE: incluye asistencia con el cuidado básico del cabello, cuidado bucal, afeitado, aplicación de cosméticos, desodorante y cuidados básicos de las uñas. Cuidado de gafas y aparatos auditivos.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
VESTIRSE: incluye la ayuda para elegir, vestirse y cambiarse de ropa y la aplicación de dispositivos, envolturas o prendas especiales (por ejemplo, la colocación de una media TED).	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
ASEO: incluye asistencia para evacuar el intestino o vaciar la vejiga y cuidados que incluyen transferencias, movilidad, posicionamiento, higiene femenina, uso de equipos y suministros de aseo, limpieza de la zona perineal, infección de la piel y ajuste de la ropa.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
GIRAR/POSICIONAR: incluye la asistencia para posicionar o girar a una persona con el fin de proporcionarle los cuidados y la comodidad necesarios.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
PREPARACIÓN DE COMIDAS: incluye ayuda para almacenar ingredientes, preparar alimentos y cocinar.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
COMER: incluye la ayuda para lavarse las manos y la aplicación de los aparatos ortopédicos necesarios para comer. Incluye la supervisión relacionada con problemas de masticación/deglución, atragantamiento y control de la ingesta.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada
AMBULACIÓN: incluye la ayuda para caminar o el uso de una silla de ruedas o un andador para desplazarse por el hogar.	<input type="checkbox"/> No necesito ayuda	<input type="checkbox"/> Asistencia moderada <input type="checkbox"/> Asistencia elevada

SECCIÓN III - EQUIPOS DE ASISTENCIA

¿Utiliza equipos de adaptación para ayudar con una discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, indique el equipo de adaptación que utiliza:

Algunos ejemplos son: equipo de baño, aparatos ortopédicos, prótesis, bastón, muletas, material para diabéticos, dentaduras postizas, barandillas, barras de apoyo, cama de hospital, sistema de elevación, teléfono médico de alerta/línea de vida, equipo de asistencia para ir al baño o al retrete, andador, silla de ruedas manual o motorizada, equipo de acceso (acceso a/desde casa), etc.

SECCIÓN IV- PROVEEDOR MÉDICO Y SEGURO

Personal Médico

Doctor de Cabecera: Teléfono del Doctor:

Especialista:	Área de Especialidad:	Teléfono:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dentista: Teléfono del Dentista:

Nombre del Proveedor a Domicilio: Teléfono del Proveedor a Domicilio: Correo Electrónico del Proveedor a Domicilio:

¿Recibe actualmente servicios de cuidados paliativos? Sí No

Seguro

Seguro de Salud (Compañía):

Medicaid (Número de Proveedor): Cantidad de Participación en los Costos (si procede): \$

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

SECCIÓN V - CUIDADOR PRINCIPAL (Conteste sólo si el cuidador principal vive con el solicitante)

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

Cuidador principal actual, situación laboral:
 Tiempo completo Medio tiempo Desempleado Jubilado Dejó de trabajar para atender al solicitante

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

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

Describa los problemas para seguir prestando cuidados (si los hay)

SECCIÓN VI - MEDICAMENTOS CON RECETA

RECETAS: ¿Toma medicamentos recetados?

- Sí
 No

COSTO: En caso afirmativo, ¿dispone de un seguro médico que cubra una parte o la totalidad de los costos de sus medicamentos con receta?

- Sí, tengo un seguro médico que paga la totalidad o parte del costo de mis medicamentos recetados
 No, pago de mi bolsillo la totalidad del costo de mis medicamentos recetados
 La totalidad o parte del costo de mis medicamentos recetados es pagado por un programa distinto del seguro

Recetas Médicas

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente. Por favor, incluya todos los medicamentos/suplementos recetados y de venta libre.

Nombre del Medicamento y Dosis:	Doctora que Receta:	Propósito del Medicamento:

Alergias:

Farmacias

Farmacia (Farmacias):

SECCIÓN VII - TRANSPORTE MÉDICO

CONDUCIR: Por favor, seleccione la sección que mejor se aplique a usted.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Puedo conducir hasta las citas médicas. | <input type="checkbox"/> Otra persona me lleva a mis citas médicas.
Nombre del Conductor: |
| <input type="checkbox"/> Confío en el transporte público para acudir a mis citas médicas. | <input type="checkbox"/> No dispongo de ningún medio de transporte para acudir a mis citas médicas. |

Logística de Transporte

- ¿Necesita ayuda para cubrir los gastos de transporte a las citas médicas? Sí No
- ¿Algún programa le paga o le ayuda con el transporte a sus citas médicas? Sí No
- En caso afirmativo, ¿qué programa proporciona asistencia?
- Si necesita un vehículo con elevador para sillas de ruedas, ¿tiene acceso a uno? Sí No
- ¿Le preocupa caerse cuando va de un lugar a otro? Sí No

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

SECCIÓN VIII - HOGAR Y GASTOS

Miembros del Hogar

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

Modalidad de Vida del Solicitante:

- Casa Dúplex Apartamento Casa Rodante Hogar para Ancianos
 Vida Asistida

La residencia es:

- Propia Alquilada Otro:

Valor de la Propiedad (para propietarios de viviendas):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adultos Viviendo Solos | <input type="checkbox"/> Adulto Viviendo con un Familiar |
| <input type="checkbox"/> Adulto Viviendo con Adulto sin Parentesco | <input type="checkbox"/> Niño Viviendo con Padres Adoptivos |
| <input type="checkbox"/> Niño Viviendo con sus Padres Biológicos | <input type="checkbox"/> Niño Viviendo con Abuelo(s) Adulto |
| <input type="checkbox"/> Niño Viviendo con Adulto(s) Sin Parentesco | <input type="checkbox"/> Viviendo con Cónyuge |

Familiar(es) que Recibe(n) Servicios de DPFS

Relación:

Reside en la misma dirección que el solicitante: Sí No

Información Militar

Veterano (Cónyuge de): Sí No Rama del Servicio: _____

¿Algún miembro del hogar está actualmente en activo o en reserva en alguna rama del ejército de los Estados Unidos?

- Yes No

Nombre de la Persona en el Ejército o Cónyuge o Hijo de un Veterano:

Persona es un:

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

Gastos de Bolsillo No Reembolsados Relacionados con su Incapacidad

Enumere los gastos pagados por el solicitante y no reembolsados o abonados por seguros o fondos de programas públicos o privados. Los gastos deben estar relacionados con su discapacidad. Los gastos médicos generales o las primas de seguros no son elegibles. No incluya los gastos de otros miembros de la familia. Se requiere documentación de apoyo. Nota: Se necesita un mínimo de tres meses de gastos de bolsillo para determinar un gasto de bolsillo promedio.

Gasto:	Enfermedad Crónica o Discapacidad con la que está Relacionado el Gasto:	Frecuencia de Pago:	Pago Anual Total:

SECCIÓN IX - SUFICIENCIA ECONÓMICA/INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD FINANCIERA*

Ingresos

Los adultos solteros (mayores de 19 años sin hijos menores) deben indicar sólo sus ingresos. Las familias deben indicar los ingresos de los matrimonios o los ingresos de los adultos, incluidos los salarios de los hijos de 14 a 18 años.

Ingresos Mensuales Brutos (antes de deducciones): \$

Fuentes (Marque todas las que procedan y, a continuación, enumérelas en la página siguiente):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidades o Seguros | <input type="checkbox"/> Manutención de Menores o | <input type="checkbox"/> Ingresos por Alquiler |
| <input type="checkbox"/> Intereses o Dividendos | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia | <input type="checkbox"/> Salario de Autoempleo |
| <input type="checkbox"/> Pensión o Cuenta de Jubilación | <input type="checkbox"/> Ingresos por Arrendamiento de Terrenos | <input type="checkbox"/> Pago Subvencionado por Adopción |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por Incapacidad de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Jubilación Ferroviaria | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo o Indemnización por Accidentes Laborales | <input type="checkbox"/> Jubilación de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Ingresos Agrícolas |
| | <input type="checkbox"/> Salarios de Trabajo | |

Fuente:	Cantidad:	Con qué Frecuencia se Recibe:	Quién lo Recibe:

Activos

Compruebe la disponibilidad de cada activo Financiero y, a continuación, haga una lista:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de Ahorro para la Educación | <input type="checkbox"/> Producto de la Venta de Propiedades o Viviendas | <input type="checkbox"/> Cuenta(s) Corriente(s) |
| <input type="checkbox"/> Fondos de Inversión | <input type="checkbox"/> Acciones, Bonos | <input type="checkbox"/> Herencia |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de Ahorro | <input type="checkbox"/> Certificados de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Propiedad (Terreno, Casa) |
| <input type="checkbox"/> 401(K)/IRA | <input type="checkbox"/> Tierra de Cultivo | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Completo |

Incluya o enumere a continuación los activos líquidos que pueden convertirse en efectivo sin incurrir en una penalización importante. Excepciones: 401(K) o cuentas de jubilación de empleo para propietarios, sin edad de jubilación, y cuenta(s) de ahorro para educación para hijos o nietos. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

Fuente:	Tipo:	Valor:

*** Adjunte los siguientes documentos a la Solicitud/Evaluación:**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Copia de la última carta de concesión de la Seguridad Social Verificación de los ingresos percibidos (salarios/ ingresos agrícolas/ingresos por trabajo por cuenta propia/ingresos por alquiler de bienes inmuebles/ ingresos por arrendamiento de tierras/pensiones/ jubilación-ferrocarril) Prueba de intereses y dividendos de ahorros/ inversiones/anualidades | <ul style="list-style-type: none"> Comprobación de los ingresos no derivados del trabajo (prestaciones por incapacidad o jubilación del Seguro Social, pensión alimenticia, manutención de los hijos, prestaciones por incapacidad de los veteranos, seguro de desempleo, fondo fiduciario) y de los recursos Verificación del valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida Verificación de los gastos relacionados con la discapacidad |
|--|--|

¿Tiene un fondo para sepelio? *

Si No Si es así, ¿es irrevocable? Si No Valor Actual en Efectivo: \$

Nombre(s) del Beneficiario, Relación (Principal):	Nombre(s) del Beneficiario, Relación (Secundario):
---	--

¿Tiene seguro de sepelio?

Si No Valor de la póliza: \$

¿Posees una parcela de sepelio?

Si No Valor de la parcela: \$

*Presentar documentación de estos activos.

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

SECCIÓN X - AUTORIZACIÓN/ACUERDO Y FIRMA

El Programa de Apoyo a las Personas y Familias Discapacitadas (DPFS) se adhiere a las regulaciones descritas en el Título 472 NAC. 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 dado, debo informar inmediatamente al personal del Programa DHHS DPFS.

Entiendo que si no considero que mi solicitud se ha gestionado correctamente, tengo derecho a presentar una apelación.

Entiendo que es posible que DHHS necesite comunicarse con otras agencias e individuos para determinar si cumpla con los requisitos de DPFS para los que estoy solicitando, o para hacer remisiones para ayudarme a obtener servicios. Autorizo a DHHS a divulgar y recibir información confidencial para tales fines.

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

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

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

Firma del Solicitante (o Persona Autorizada):

Fecha:

Persona que ayuda con la Solicitud/Asesoría (Fuente de Remisión)

Nombre:

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

Agencia (si corresponde):

Dirección de la Agencia:

Ciudad de la Agencia:

Código Postal de la Agencia:

Correo Electrónico de la Agencia:

Teléfono de la Agencia:

Envíe este formulario de solicitud/evaluación completada y los documentos de apoyo a:

1. Correo Electrónico: dhhs.DPFS@nebraska.gov
2. Correo: Departamento de Salud y Servicios Humanos
División de Discapacidades del Desarrollo
Programa de Apoyo a las Personas y Familias Discapacitadas
P.O. Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933
3. Fax: (402) 742-8396

Preguntas: línea gratuita 1-844-807-1197 o en Lincoln (402) 471-9188

Instrucciones

Instrucciones para completar el Formulario DPF-3 Revisado 11/2024, “Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas (DPFS) Solicitud de Servicios y Dispositivos – Autoevaluación”

Uso: El formulario DPF-3 Revisado 11/2024 se utiliza como solicitud para determinar el derecho a los beneficios del Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas. El personal del programa utilizará el formulario para recopilar los datos necesarios para determinar la elegibilidad de las personas de todas las edades que cumplan los criterios de ingresos, discapacidad y necesidad de los servicios del DPFS. También sirve para divulgar información cuando se necesita información adicional para determinar la elegibilidad para el programa. Este programa está destinado a proporcionar una ayuda económica mínima a las personas con discapacidad para mantener u obtener un empleo, conservar la independencia y evitar la institucionalización. El programa financiado por el Estado no funciona como un derecho, y los servicios están destinados a complementar, pero no a reducir la responsabilidad de los servicios y apoyos disponibles a través de otros programas para los que la familia o la persona con una discapacidad puede ser elegible como Medicaid, Social Services Block Grant, Administration on Aging u otros programas con financiación federal. Los reglamentos del DHHS hacen referencia a los capítulos 1 a 3 de la NAC 472.

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

Sección I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Persona con necesidades especiales o discapacidad): Introduzca el nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección, ciudad, código postal, condado, número de teléfono y 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. Seleccione el estado civil, el origen étnico, el estado de inmigración para los extranjeros calificados y los idiomas hablados.

Sección II - EVALUACIÓN FUNCIONAL: Esta información se utiliza para apoyar la necesidad de servicios específicos del programa. Marque la casilla de cada actividad que mejor describa el nivel de ayuda que necesita el solicitante para cada proceso, en caso de que necesite asistencia.

Sección III - EQUIPO DE ASISTENCIA: Esta información se utiliza para apoyar la necesidad de servicios específicos del programa. Consulte la lista de posibles equipos de asistencia y enumere qué elementos se están utilizando.

Sección IV - PROVEEDOR MÉDICO Y SEGURO: Enumere los proveedores médicos de atención primaria, especialistas, dentistas y proveedores de cuidados a domicilio. Marque “sí” o “no” para indicar si se utilizan cuidados paliativos. Indique los proveedores de seguros médicos y los gastos relacionados con la discapacidad que no cubre el seguro. Esta información se utiliza para identificar las necesidades que el programa DPFS puede complementar.

Sección V - CUIDADOR PRINCIPAL: Preguntas completas sobre el cuidador, incluida su situación laboral, las horas que dedica al cuidado, cualquier necesidad de relevo del cuidador y los problemas a los que se enfrenta el cuidador al prestar los cuidados. Esta sección sólo es necesaria si un cuidador vive en el hogar con el solicitante.

Sección VI - MEDICAMENTOS RECETADOS: Indique si el solicitante toma actualmente medicamentos recetados. En caso afirmativo, seleccione una respuesta para especificar cómo se paga el costo de la medicación. Enumere las recetas, alergias y farmacias.

Sección VII - TRANSPORTE MÉDICO: Seleccione la opción que mejor se aplique al solicitante, indicando el modo de transporte disponible para acudir a las citas médicas. Elija “sí” o “no” para las preguntas complementarias e introduzca el nombre de los programas ajenos al DPFS que proporcionan/apoyan el transporte médico del solicitante.

Sección VIII - HOGAR Y GASTOS: Enumere las personas que viven en el hogar del solicitante, incluyendo nombre, relación y fechas de nacimiento. Esta información se utiliza para determinar la elegibilidad para el programa. Seleccione la opción que mejor describa el tipo de acuerdo de convivencia del solicitante y los miembros de la unidad familiar. Indique si un familiar recibe actualmente ayuda a través del programa DPFS. Indique si es usted veterano o cónyuge de veterano, y anote los nombres y la condición de veterano de los veteranos que viven en su hogar.

Gastos de Bolsillo No Reembolsados Relacionados con su Discapacidad (por formulario) Gastos Relacionados con la Discapacidad: Proporcione detalles de los gastos relacionados con la discapacidad pagados en nombre del solicitante en un año. No incluya los gastos médicos o domésticos no relacionados con la discapacidad declarada en la solicitud/evaluación. No incluya los gastos de los miembros del hogar. No se tendrán en cuenta las cantidades cubiertas por seguros o pagadas por programas de beneficios. La información que figura aquí considera si un gasto puede no tenerse en cuenta en los ingresos.

Sección IX - SUFICIENCIA ECONÓMICA/INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD FINANCIERA: Información utilizada para determinar la elegibilidad financiera. Se requiere la verificación de los ingresos, recursos y gastos declarados relacionados con la discapacidad.

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

Activos: Marque todas las fuentes de activos. Enumerar por fuente, tipo y valor actual.

Fondo de Sepelio: Compruebe si dispone de un fondo y si es irrevocable. Indique el valor en efectivo y el beneficiario/parentesco.

Seguro de Sepelio: Marque si tiene seguro de sepelio e indique el valor de la póliza.

Parcela de Sepelio: Marque si tiene una parcela de sepelio e indique el valor de la parcela.

Modalidad de Vida del Solicitante: Marque las opciones que mejor describan su hogar y con quién vive.

Familiares con Servicios de DPFS: Enumere los familiares que han recibido servicios en el pasado o en el presente.

Sección X - 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. Toda persona que ayude a completar la solicitud deberá firmar e indicar su relación, fecha, dirección, correo electrónico y teléfono.