

Solicitud de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Esta aplicación es para todas las Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y el Programa de Cuidado Integral de Ancianos (PACE). La persona que necesita servicios es el solicitante. Háganos saber si se necesita asistencia o un formato alternativo. Seleccione la exención de HCBS que está solicitando:

- Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo (ID/DD)
 Ancianos y discapacitados (AD)
 Lesión Cerebral Traumática (TBI)
 Programa de Cuidado Integral de Ancianos (PACE) - No disponible en todo el estado

1. Estoy solicitando una Exención por Discapacidad Intelectual o del Desarrollo

¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo?

Sí No

¿Su discapacidad intelectual o del desarrollo ocurrió antes de los 22 años?

Sí No

2. Estoy solicitando la Exención para Ancianos y Discapacitados

3. Estoy solicitando la Exención de Lesiones Cerebrales Traumáticas

¿Tiene una lesión cerebral traumática?

Sí No

¿La lesión ocurrió después del nacimiento y no es hereditaria, congénita o degenerativa?

Sí No

4. Estoy solicitando el Programa de Cuidado Integral de Ancianos (PACE) - No disponible en todo el estado

¿Tiene 55 años o más?

Sí No

¿Vive en uno de los siguientes condados y si es así, proporcione su código postal?

Cass Dodge Douglas Sarpy Saunders Washington

SECCIÓN 1: Solicitante

1. Nombre	Inicial de 2do nombre	Apellido	Ext.
-----------	-----------------------	----------	------

2. Enumere los nombres anteriores utilizados, incluido el apellido de soltera, si corresponde:

3. Fecha de nacimiento	SSN	Teléfono (incluir código de área)	Género
------------------------	-----	-----------------------------------	--------

4. Dirección	Ciudad	Estado	Postal
--------------	--------	--------	--------

5. Dirección Postal	Ciudad	Estado	Postal
---------------------	--------	--------	--------

6. Correo

7. Idioma preferido

8. ¿Usted o algún miembro de su familia ha servido alguna vez en el ejército?

Sí No

En caso afirmativo, nombre: _____

9. Firma

10. Relación con el solicitante	Fecha
---------------------------------	-------

Complete la sección 2, O la sección 3 O la sección 4 (solo UNA sección)

SECCIÓN 2: Representante autorizado

Tengo 19 años o más y autorizo al siguiente representante (por ejemplo, padre, amigo, organización de defensa) a proporcionar asistencia y consentimiento para la divulgación de información. (Se DEBE llenar la Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida.)

Representante

Relación con el solicitante		Teléfono (incluir código de área)
Dirección	Ciudad	Postal

SECCIÓN 3: Tutela/Apoderado

1. Tengo 19 años o más y tengo un tutor o apoderado (también conocido como Poder notarial o POA).

Sí No

2. Nombre del tutor o apoderado		Teléfono (incluir código de área)
3. Dirección	Ciudad	Postal

Si tiene tutores adicionales, enumere la información solicitada anteriormente en una hoja separada y adjúntela.

SECCIÓN 4: Padre de un menor

1. El solicitante es un menor de 19 años.

Sí No En caso afirmativo, responda lo siguiente:

2. Nombre de madre/padre		Teléfono (incluir código de área)	
3. Dirección	Ciudad	Estado	Postal

Sírvase completar las secciones 5 y 6

SECCIÓN 5: Cuidado tutelar

1. El solicitante es o ha sido un(a) niño(a) bajo la custodia legal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Sí No

Si está en cuidado tutelar ahora, nombre del trabajador de CFS o CFOM	Teléfono (incluir código de área)
2. Si procede, nombre del trabajador social de NFC	Teléfono (incluir código de área)

SECCIÓN 6: Ciudadanía/Residencia

1. Soy ciudadano de los Estados Unidos

Sí No

2. Lugar de nacimiento: Ciudad	Estado	País
--------------------------------	--------	------

3. Soy un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad

Sí No

4. Número de extranjero	Estatus migratorio
-------------------------	--------------------

5. Soy residente legal de Nebraska

Sí No

SECCIÓN 7 (opcional): Información adicional

Si hay alguna otra información relevante para esta aplicación que desee que sepamos, anótela aquí. *Si no hay ninguna, pase a la siguiente sección.*

SECCIÓN 8 (opcional): Inscripción de votantes

1. Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar?

Sí No

Por favor complete la sección 9

SECCIÓN 9: Registros

Envíe los siguientes registros con esta solicitud, o proporcione nombres e información de contacto para que DDD pueda recopilar la información.

Acepto permitir que mi información sea utilizada y recuperada de fuentes de datos para esta aplicación.

Por favor, enumere la información adicional de contacto médico o escolar en una hoja separada y adjúntela.

1. Informes educativos (es decir, informes de Equipos Multidisciplinarios (MDT) de los últimos diez años.

2. Escuela

Dirección

Ciudad

Estado

Postal

Teléfono (incluir código de área)

3. Informes/diagnósticos médicos relacionados (es decir, síndrome/trastorno genético médico) con los medicamentos recetados actuales (incluyen el propósito del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración).

Discapacidad específica

4. Médico de cabecera

Dirección

Ciudad	Estado	Postal	Teléfono (incluir código de área)
--------	--------	--------	-----------------------------------

5. Informes de un psicólogo licenciado de los últimos cinco años.

Ninguno disponible

6. Psicólogo

Dirección

Ciudad	Estado	Postal	Teléfono (incluir código de área)
--------	--------	--------	-----------------------------------

7. Informes de psiquiatra y terapeuta/consejero de los últimos cinco años.

Ninguno disponible

8. Psiquiatra

Dirección

Ciudad	Estado	Postal	Teléfono (incluir código de área)
--------	--------	--------	-----------------------------------

9. Terapeuta o consejero

Dirección

Ciudad	Estado	Postal	Teléfono (incluir código de área)
--------	--------	--------	-----------------------------------

10. Copia de los documentos de tutela designados por el tribunal (si el solicitante tiene 19 años o más y tiene un tutor designado por el tribunal).

Por favor, envíe la solicitud y los registros a la:

División de Discapacidades del Desarrollo
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
301 Centennial Mall South
P. O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947

o

Fax: (402) 328-6249 o Fax electrónico: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov

o

Correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

No firmar este formulario no afectará el tratamiento ni el pago, sin embargo, puede afectar la inscripción o la elegibilidad para ciertos beneficios, proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Entiendo las ventajas y desventajas y doy permiso libre y voluntariamente para divulgar información específica sobre mí. También entiendo que no estoy obligado(a) a revelar mi número de seguro social, aunque la divulgación puede hacer que sea más fácil o más rápido para que la información sea proporcionada.

Nombre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)		Fecha de nacimiento
Número de seguro social	No. de caso/gráfico (si se conoce)	Período cubierto
La información será revelada a: (Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) División de Discapacidades del Desarrollo Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska 301 Centennial Mall South PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 O fax: (402) 742-8384 o correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov La información a ser divulgada de conformidad con esta autorización se limita a los registros/ información desde o en posesión de las partes aplicables.		Motivo de la divulgación: <input checked="" type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad <input checked="" type="checkbox"/> Mi solicitud <input type="checkbox"/> Reclamación del seguro <input type="checkbox"/> Objetivos legales <input type="checkbox"/> Consulta y/o planificación del tratamiento <input type="checkbox"/> Otro (sea específico): _____

Información específica que debe divulgarse:

Información específica que debe divulgarse:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toda la información que puede divulgarse en relación con lo anterior individual a la Central de Abuso y Negligencia de Adultos Registro y la Central de Abuso y Negligencia contra los Niños Registro. <input type="checkbox"/> Formulario de remisión para el cuidado posterior <input type="checkbox"/> Resumen del alta por imágenes <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Historia y tratamiento psiquiátricos | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toda otra información no médica, registros, documentos relativos a dicha persona que podrían ser divulgados. <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica y tratamiento <input type="checkbox"/> Historia social <input type="checkbox"/> Radiografías y otros resultados de diagnóstico <input type="checkbox"/> Tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Información sobre el VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Otro (sea específico): _____ |
|--|--|

Esta autorización (a menos que se revoque anteriormente por escrito) terminará el _____ (debe tener fecha o evento relleno). Al firmar esta autorización, reconozco que la información que se divulgará puede incluir material que esté protegido por la ley Federal o Estatal, incluida información sobre beneficios o inscripción; información de salud protegida que puede incluir información relacionada con drogas/alcohol, VIH o anemia de células falciformes. Mi firma autoriza la divulgación de toda esta información. También entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad del DHHS vigente en ese momento (si al DHHS), o mediante la presentación de una solicitud por escrito al proveedor de atención médica o entidad, o de otra manera, y se respetará con la excepción de la información que ya ha sido divulgada. También entiendo que si el destinatario de la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

Firma del cliente	Fecha
Firma del tutor (si corresponde)	Fecha

AVISO AL DESTINATARIO

Esta información le ha sido revelada de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales y federales (incluidas las Regulaciones Federales, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Parte 2 y Parte 431, Subparte F) que le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por dichas regulaciones. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con alcohol o drogas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

Entiendo que el incumplimiento de las siguientes obligaciones puede resultar en la denegación o terminación de los fondos para servicios de discapacidades del desarrollo.

Aviso de derechos

Como persona que ha solicitado servicios para discapacidades del desarrollo, entiendo que tengo los siguientes derechos:

- El derecho a recibir notificación por escrito de cualquier decisión, cualquier terminación o cambio de los servicios previamente autorizados.
 - El derecho a presentar una apelación por escrito de cualquier decisión o acción y a tener una audiencia justa en mi apelación. Entiendo que debo apelar dentro de los 90 días de la fecha de cualquier Aviso de decisión que reciba.
-

Aviso de obligaciones

Cuando se asignan fondos, entiendo y acepto las siguientes obligaciones:

- Debo solicitar y aceptar todos los beneficios que pueda ser elegible para recibir, que pueden incluir SSI, SSA, Medicaid de Nebraska y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Acepto tomar medidas para mantener la elegibilidad para todos los beneficios que pueda ser elegible para recibir.
 - Debo pagar la cantidad de mi obligación de participación en el costo de Medicaid a mi proveedor de DD mensualmente cuando me informen de la obligación.
 - Debo completar y enviar la información requerida antes de comenzar los servicios financiados por DD, anualmente o según lo solicitado. Esto puede incluir información de beneficios y recursos o una copia de mis declaraciones de impuestos para la determinación de mi capacidad de pagar por servicios de discapacidades del desarrollo basados en la comunidad.
 - Debo participar en cualquier evaluación o evaluación requerida para mantener mis servicios, que incluyen, entre otras, evaluaciones psicológicas, médicas anuales y dentales, así como el Proceso de evaluación objetiva.
-

Por favor, envíe la solicitud y los registros a la:

División de Discapacidades del Desarrollo
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
301 Centennial Mall South
P. O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
o
Fax: (402) 328-6249 o Fax electrónico: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
o
Correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov
