NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departmento de Salud y Servicios Humanos

Solicitud para Programa de Niños con Discapacidades

Nombre de solicitante	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre del padre/tutor	Dirección de correo electrónico	
Dirección	Dirección postal (si es otra)	
Ciudad / Estado	Código postal	Condado
Número de hogar	Número de celular	Número de trabajo
Escuela/Grado	Doctor de atención primaria	
Seguro de salud	Doctor especialista	
¿Recibe beneficios de SSI en la actualidad? ☐ Sí ☐ No	Diagnóstico elegible para SSI	

Miembros del hogar (Por favor en letra imprenta)	Relación con el menor
(Por favor use una hoja adicional, si es necesario)	

Por favor describa las limitaciones relacionadas con la discapacidad de su hijo:

Firma del padre/tutor	Fecha de firma

Envíe la solicitud completa a:
Medically Handicapped Children's Program, Department of Health & Human Services, PO Box 95026, Lincoln, NE, 68509-5026
Correo electrónico: DHHS.MHCP@nebraska.gov