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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Heritage Health Adult

Formulario de Atestación: Crónicamente Sin Hogar

Propósito de proporcionar información del formulario de certificación:
Nebraska DHHS MLTC utiliza este formulario de Certificación para determinar si el beneficiario de Expansión de Medicaid para Adultos de Heritage Health está crónicamente sin hogar. Los beneficiarios que el DHHS determine que son médicamente frágiles debido a la falta de vivienda crónica se inscribirán en el nivel de beneficios de HHA Prime. Las determinaciones para médicamente frágiles debido a la falta de vivienda crónica son efectivas durante 12 meses antes de que se requiera una redeterminación.

Instrucciones para proveedores:
Si usted es un proveedor de servicios para personas sin hogar o un programa para personas sin hogar financiado por el gobierno, y tiene un beneficiario de Medicaid que cree que cumple con los criterios para personas sin hogar crónicamente, como se define en las categorías a continuación, complete este formulario. No se aceptarán formularios incompletos.

Envie a: http://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx

Si usted no tiene acceso a internet o si usted tiene preguntas, mande por correo o mande el formulario por correo electrónico a:

Nebraska DHHS
ATTN: Heritage Health Adult Medically Frail Determinations
PO Box 95026
Lincoln, NE 68509
E-Mail: dhhs.medfrailreview@nebraska.gov

Información del Beneficiario(a)

Fecha de evaluación completada:	ID de Medicaid:
Nombre de la paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
Direccion (opcional):	
Ciudad, Estado, Codigo Postal (opcional):	Fecha de Nacimiento:

Crónicamente Sin Hogar

El beneficiario cumple los siguientes criterios	Si / No
1. Ha estado continuamente sin hogar durante un año o más, (HUD define “sin hogar” se define como “una persona que duerme en un lugar no destinado a la vivienda humana (por ejemplo, viviendo en las calles, por ejemplo) O viviendo en un refugio de emergencia para personas sin hogar).	
2. Ha tenido cuatro (4) episodios de falta de vivienda en los últimos tres (3) años que suman 12 meses.	

Nombre y título del proveedor (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):	
Nombre de la instalación / organización:	
Telefono:	Correo Electronico:
Firma	Fecha

☐ Certifico que al firmar este documento soy un proveedor de servicios para personas sin hogar, y entiendo que cualquier declaración falsa, omisión o tergiversación puede resultar en enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales. Estoy de acuerdo en enviar, si lo solicita el DHTC MLTC de Nebraska, cualquier información adicional que respalde esta certificación. También certifico que he obtenido el consentimiento por escrito del beneficiario para proporcionar esta información al Nebraska DHHS MLTC.