

Si no tiene hogar o corre el riesgo de quedarse sin hogar, puede enviar este formulario para solicitar asistencia y su plan de Heritage Health se pondrá en contacto con usted. La asistencia podría incluir ponerle en contacto con servicios de vivienda, alimentación, transporte y otros servicios disponibles para usted. También podría incluir ayuda adicional para encontrar proveedores y ayudar a sus proveedores a trabajar juntos.

El formulario puede ser completado por usted, su cuidador, un familiar o amigo, un representante autorizado, su proveedor de atención médica o proveedor de servicios para personas sin hogar.

No está obligado a presentar este formulario. Su elegibilidad para Medicaid no se ve afectada de ninguna manera.

Envíe el formulario completo a su plan de Heritage Health:

Nebraska Total Care

2525 N. 117th Ave. Ste. 100

Omaha, NE 68164

Fax: 844-340-4888

Email: cmcoordinators@NebraskaTotalCare.com**Molina Healthcare of Nebraska**

14748 W Center Rd., Suite 104

Omaha, NE 68144-2029

Email: NE_CM@Molinahealthcare.com**UnitedHealthcare**

2717 N. 118th Street Omaha, NE 68164

Fax: 855-784-7300

Email: ne_hha_e@uhc.com

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su plan Heritage Health:

Nebraska Total Care: 1-844-385-2192**Molina Healthcare of Nebraska:** 1-844-782-2018**UnitedHealthcare:** 1-800-641-1902

Para información adicional: <https://dhhs.ne.gov/Pages/Medically-Complex.aspx>

Por favor, complete la siguiente información:

Nombre	ID de Medicaid (si lo sabe)
Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección	Dirección de correo electrónico

Por favor, describa su situación actual de vivienda

Entre los ejemplos de personas sin hogar se incluyen:

- No tener un lugar donde pasar la noche
- Dormir en un sofá de otra persona
- Vivir en moteles, hoteles o campamentos
- Vivir en refugios de emergencia o de transición, en casas de acogida o en otros alojamientos temporales
- Dormir en un automóvil.

Entre los ejemplos de riesgo de quedarse sin hogar se incluyen:

- Recibir un aviso de desalojo.
- Ser víctima de violencia doméstica
- Tener discapacidades o problemas de salud crónicos
- Tener problemas de salud mental o de uso de sustancias

Si alguien le ha ayudado a rellenar este formulario, por favor, facilite la siguiente información sobre esa persona:

Nombre	Relación con usted (si la tiene)
Teléfono	Dirección de correo electrónico
Dirección	Firma
