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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska

Solicitud del Programa para Niños con Discapacidades Médicas

¿Necesita un Intérprete? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿qué idioma habla?

Nombre del Solicitante	Fecha de Nacimiento	Género ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguridad Social

Estado de Ciudadanía del Solicitante: ☐ Soy Ciudadano de los Estados Unidos O ☐ Soy un extranjero cualificado en virtud de la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad
Estatus de Inmigración y Número de Extranjero:

Nombre del Padre/Madre/Tutor		Dirección de correo electrónico (Elija recibir correspondencia por correo electrónico) ☐ Si ☐ No		
Dirección		Dirección postal (si es diferente)		
Ciudad		Estado	Código Postal	Condado
Teléfono de Casa	Teléfono celular		Teléfono de Trabajo	
Escuela/Grado		Médico de Atención Primaria		
Seguro de Salud		Médicos Especialistas		

Miembros del Hogar	Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el Solicitante

(Utilice una hoja adicional si es necesario)

Por favor, describa la(s) enfermedad(es) de su hijo:

Compañía de Seguros	Cantidad de la Prima Mensual	Número de Póliza o Número de Plan de Grupo	Tipo de cobertur (médica, dental, oftalmológica, farmacéutica)	¿Quién está cubierto por la Póliza?

Información financiera: Indique a continuación la cantidad de ingresos que recibe (su familia) de cada una de estas fuentes. Los solicitantes mayores de 19 años sólo deben indicar SUS ingresos.

Renta Bruta (ingresos antes de deducciones)	**Monto**	**¿Con qué frecuencia se recibe?**	**¿Quién lo recibe?**	**Empleador**
Salarios, horas extras, bonos, comisiones, etc. (Pueden requerirse recibos de nómina para su verificación).				
Trabajo por Cuenta Propia (Se requiere copia C ompleta del Formulario Federal IRS 1040)				

Renta Bruta (ingresos antes de deducciones)	**Monto**	**¿Con qué frecuencia se recibe?**	**¿Quién lo recibe?**
Pensión de Ex-conyuge			
Manutención de Menores			
Compensación por Desempleo			
Indemnización por accidente laboral			
Intereses (de ahorros o bonos)			
Dividendos (de participaciones accionariales, o de pertenencia a asociaciones)			
Pensiones de Jubilación			
Sucesiones, Herencias, Fondos Fiduciarios, etc.			
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Pensiones de Veterano			
Contribuciones (ayuda familiar)			
Ingresos por Alquiler			
Ingresos Netos por Arrendamiento de Terrenos			
Financiamiento Transfronterizo			
Royalties			
Jubilación de la Seguridad Social			
Mantenimiento de la Tutela del Estado o del Condado (incluidos los pagos por acogimiento familiar)			

Gastos:	
Gastos de Guardería por Empleo (al mes)	Manutención de menores/Pensión de Ex-Conyuge Pagada (al mes):
Matrícula / Libros Pagados de su Bolsillo para 1er Grado (últimos 12 meses)	

¿Algún miembro del hogar está actualmente en activo o en la reserva en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No

¿Algún miembro de la familia ha prestado servicio anteriormente en alguna rama del ejército? ☐ Si ☐ No

(Si responde "Sí" a alguna de las dos preguntas, facilite información adicional a continuación).

Nombre de la Persona	Por favor, marque todas las opciones que correspondan:
	☐ Veterano ☐ Cónyuge de Veterano ☐ Activo ☐ Reserva ☐ Actualmente recibe beneficios de VA
	☐ Veterano ☐ Cónyuge de Veterano ☐ Activo ☐ Reserva ☐ Actualmente recibe beneficios de VA
	☐ Veterano ☐ Cónyuge de Veterano ☐ Activo ☐ Reserva ☐ Actualmente recibe beneficios de VA

Datos demográficos (opcional):

Etnia:
- ☐ No es de origen Hispano, Latino o Español
- ☐ Mexicano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ América Central
- ☐ Cubano
- ☐ Sudamericano
- ☐ Otro Origen Hispano, Latino o Español
- ☐ Otro/Desconocido

Race:
- ☐ Negro/Afroamericano
- ☐ Blanco/Caucásico
- ☐ Asiático
- ☐ Indígena Americano
- ☐ Nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawaii
- ☐ Otros Isleños del Pacífico
- ☐ Otro/Desconocido

ESTOY DE ACUERDO CON:

1. Notificar al trabajador del Programa para Niños con Discapacidades Médicas antes de recibir servicios en las citas programadas y pruebas de laboratorio;
2. Acudir a todas las citas para recibir atención médica y someterse a exámenes médicos;
3. Seguir el plan de tratamiento médico individual;
4. Notificar al trabajador del Programa para Niños con Discapacidades Médicas la atención de urgencia en un plazo de cinco días laborables;
5. Obl igar al pago de la parte del tratamiento que haya sido acordada por el Programa para Niños con Discapacidades Médicas y el cliente o que se haya determinado que es responsabilidad del cliente;
6. Asumir la responsabilidad de la atención sanitaria general del cliente; y
7. Permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos divulgue y obtenga cualquier información médica a efectos de tratamie nto médico.

He respondido con veracidad a todas las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información falsa puede estar sujeto a sanciones penales en virtud de las leyes estatales y federales.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal, Representante o Solicitante (si es mayor de 19 años)	Fecha de la Firma

Presente las solicitudes utilizando uno de los métodos siguientes:
Correo electrónico: DHHS.MHCP@nebraska.gov
Fax: (402) 328-6219
Correo postal: Medically Handicapped Children's Program, PO Box 95026, Lincoln, NE, 68509-5026

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

Programa para Niños con Discapacidades Médicas

Derechos y Responsabilidades

GUARDE ESTO PARA SU INFORMACIÓN

Al cumplimentar una solicitud para el Programa para Niños con Discapacidades Médicas, el Programa para Niños Discapacitados o el Programa para Personas con Discapacidades Genéticas:

TIENES DERECHO A:

- Solicite y comente con un trabajador o supervisor cualquier medida adoptada en relación con su solicitud o caso.
- Ser asistido en el proceso de solicitud por la persona de su elección.
- Espere una respuesta razonablemente rápida a su solicitud de beneficios.
- Recibir notificación adecuada de cualquier acción que afecte a su solicitud o caso.
- Que le expliquen detalladamente los requisitos y las ventajas del programa.
- Ser remitido a otros organismos privados o públicos.
- Consultar el reglamento del programa.

TIENES LA RESPONSABILIDAD DE:

- Facilite información completa y exac ta. Facilitar información falsa puede estar sujeto a sanciones penales en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.
- Completar y presentar la informa ción requerida antes de la determinación de elegibilidad en el momento de la solicitud, anualmente o según se solicite. Esto puede incluir una copia de sus declaraciones de la renta u otra verificación de ingresos.
- Solicite y acepte las posibles prestaciones a las que pued a optar.
- Haga preguntas si no entiende algo sobre la elegibilidad para el programa.

DERECHO DE APELACIÓN

Tiene derecho a recurrir cualquier acción o inacción de cualquier empleado o funcionario del Estado en relación con la solicitud o recepción de servicios. Puede recurrir si se deniega su solicitud de servicios, si no se actúa con la rapidez razonable o si se suspenden, reducen, interrumpen o finalizan sus servicios.

Usted (o su representante) dispone de 90 días a partir de la fecha de envío de la notificación de acción para solicitar una audiencia imparcial.

En los casos de acción adversa, DHHS está obligado a enviarle una notificación adecuaday oportuna. Si usted solicita una audiencia de apelación dentro de los diez días siguientes a la fecha de envío por correo del aviso de acción, DHHS no llevará a cabo la acción adversa hasta que se dicte una decisión de audiencia imparcial. Este reglamento no se aplica a aquellas situaciones en las que sólo se requiere una notificación adecuada (no puntual).

Esta regulación no restringe de ninguna manera que DHHS continúe con las actividades normales del caso e implemente cambios en su caso que no estén directamente relacionados con el tema de la apelación.

Para presentar un recurso puede ponerse en contacto con el trabajador asignado. DHHS le explicará el procedimiento de apelación y le ayudará a rellenar el formulario de apelación. La solicitud de apelación debe presentarse por escrito.

Una vez que haya presentado el recurso, se organizará una audiencia y se le notificará la hora y el lugar. Puede representarse a sí mismo en la audiencia o ser representado por un representante legal de su elección.

DERECHO A NO SUFRIR MALOS TRATOS, ABANDONO O EXPLOTACIÓN

Tienes derecho a estar libre de situaciones que puedan poner en peligro tu vida, tu salud física o tu salud mental. Si crees que estás sufriendo malos tratos, abandono o explotación, informa a las autoridades competentes. Esto puede incluir la Línea Directa de Nebraska para reportar abuso y negligencia: 1-800-652-1999.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR

Debe informar a su trabajador en un plazo de 10 días si:

- Te mudas a una nueva residencia.
- Alguien se muda contigo.
- Alguien abandona tu hogar.
- Sus ingresos mensuales cambian.