

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Solicitud del Programa de Discapacitados Genéticos

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

Nombre del Solicitante	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguridad Social
Por favor, revise el diagnóstico abajo: <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme			

Estado de Ciudadanía del Solicitante: <input type="checkbox"/> Soy Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Soy un extranjero cualificado en virtud de la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad
Estatus de Inmigración y Número de Extranjero:

Dirección	Dirección de correo electrónico (Elija recibir correspondencia por correo electrónico) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal (si es diferente de la anterior)	Ciudad/Estado/Código postal		
Teléfono de Casa	Teléfono celular	Teléfono de Trabajo	
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)

Compañía de Seguros	Cantidad de la Prima Mensual	Número de Póliza o Número de Plan de Grupo	¿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.				
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 Completa 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	
Child Care Costs for Employment (per month)	Manutención de Menores/Ex-conyuge Pagada (por 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? Sí No
 ¿Algún miembro de la familia ha prestado servicio anteriormente en alguna rama del ejército? Sí No
 (Si responde "Sí" a alguna de las dos preguntas, facilite información adicional a continuación).

Name of Individual	Please check all that apply:
	<input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Spouse of Veteran <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Reserve <input type="checkbox"/> Currently receives VA benefits
	<input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Spouse of Veteran <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Reserve <input type="checkbox"/> Currently receives VA benefits
	<input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Spouse of Veteran <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Reserve <input type="checkbox"/> Currently receives VA benefits

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

Raza:

- Negro/Afroamericano
- Blanco/Caucásico
- Asiático
- Indígena Americano
- Nativo de Alaska
- Nativo de Hawai
- Otros isleños del
- Otro/Desconocido

ESTOY DE ACUERDO CON:

1. Avisar al Trabajador del Programa de Discapacitados Genéticos antes de recibir los servicios en las citas y pruebas de laboratorio programadas;
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 la Atención de Urgencia al Trabajador del Programa de Discapacitados Genéticos en el plazo de cinco días hábiles;
5. Obligar al pago de la parte del tratamiento que haya sido acordada por el Programa para Personas con Discapacidad Genética 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 tratamiento 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 Solicitante, Representante o Tutor Legal

Fecha

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

Derechos y Responsabilidades

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.
- Consulte el reglamento del programa.

TIENES LA RESPONSABILIDAD DE:

- Facilite información completa y exacta. Facilitar información falsa puede estar sujeto a sanciones penales en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.
- Completar y presentar la información 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 pueda optar.
- Haga preguntas si no entiende algo sobre la elegibilidad para el programa. eligibility.

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 adecuada y 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.