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

Departamento de Salud y Servicios Huanos
HOJA DE CÁLCULO DE DEDUCCIONES MÉDICAS
Programa para Niños con Discapacidades Médicas

Devuelva el formulario cumplimentado a:
dhhs.mhcp@nebraska.gov
O
Fax: (402) 328 6219

| Nombre del Cliente | Fecha de Nacimiento |
|---|---|
| | |

Por favor, detalle todos los gastos dentales y médicos/equipos médicos/modificaciones en el hogar/transporte médico/alojamiento de los últimos 12 meses para toda la familia. Adjunte una hoja adicional si necesita más datos. NO ADJUNTE FACTURAS.
**Incluya las primas de seguro pagadas en los últimos 12 meses.**

| Familiar que Recibió la Atención | Médico, Hospital, Dentista, etc. Quién prestó los cuidados | Fecha de Servicio | Factura Total | Importe Pagado por el Seguro | Importe Pagado por la Familia | Importe Adeudado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | |

**Certifico que la información anterior es exacta y completa. Acepto facilitar la documentación que se me solicite.**

| **Firma del Solicitante, Representante o Padre/Madre/Tutor Legal** | **Fecha** |
|---|---|
| | |