

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
<b>TOTAL</b>						

**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
--	-------