

Esta solicitud es para todas las exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, en inglés). La persona que necesita los servicios es el solicitante. Háganos saber si necesita ayuda o un formato alternativo. Puede llamar al 877-667-6266 si tiene preguntas. Seleccione la exención de HCBS que solicita:

- Discapacidad intelectual o del desarrollo (ID/DD, en inglés)
 Personas mayores y discapacitadas (AD, en inglés)
 Lesión cerebral traumática (TBI, en inglés)

1. Solicito la exención por discapacidad intelectual o del desarrollo

¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo?

- Sí No

¿Su discapacidad intelectual o del desarrollo se produjo antes de los 22 años?

- Sí No

2. Solicito la exención para personas mayores y discapacitadas en la que vivo actualmente:

- Vida asistida Residencia privada Residencia de ancianos Hospital Sin hogar

Me gustaría recibir servicios de exención de AD:

- Vida asistida Residencia privada

3. Solicito la exención por lesión cerebral traumática

¿Tiene una lesión cerebral traumática?

- Sí No

¿La lesión se produjo después del nacimiento y no es hereditaria, congénita o degenerativa?

- Sí No

SECCIÓN 1: Solicitante

1. Primer nombre	Inicial del 2do nombre	Apellido	Ext.
------------------	------------------------	----------	------

2. Indique los apellidos anteriores, incluido el de soltera, si procede:

3. Fecha de nacimiento	NO. SEGURO SOCIAL	Teléfono (incluya código de área)	Género
------------------------	-------------------	-----------------------------------	--------

4. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
--------------	--------	--------	---------------

5. Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	--------	--------	---------------

6. Correo electrónico

7. Idioma preferido

8. ¿Ha prestado usted o algún familiar suyo servicio militar?

- Sí No

En caso afirmativo, nombre:

9. Firma

10. Relación con el solicitante	Fecha
---------------------------------	-------

Complete la Sección 2 O la Sección 3 O la Sección 4 (solo UNA sección)

SECCIÓN 2 Representante autorizado

Tengo 19 años o más y autorizo al siguiente representante (por ejemplo, padre, madre, amigo(a), organización de defensa) a brindar asistencia y consentimiento para la divulgación de información. (DEBE completarse la Autorización para la divulgación de la información de salud protegida).

Representante

Relación con el solicitante		Teléfono (incluya código de área)
Dirección	Ciudad	Código postal

SECCIÓN 3: Tutela/Apoderado

1. Tengo 19 años o más y un tutor o apoderado designado por un tribunal (también conocido como poder notarial o POA).
 Sí No

2. Nombre del tutor o apoderado		Teléfono (incluya código de área)
3. Dirección	Ciudad	Código postal

Si tiene tutores adicionales, indique la información solicitada anteriormente en una hoja aparte y adjúntela.

SECCIÓN 4: Padre o madre de un menor

1. El solicitante es menor de 19 años.
 Sí No En caso afirmativo, responda a lo siguiente:

2. Nombre de los padres		Teléfono (incluya código de área)	
3. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Por favor, complete las secciones 5 y 6

SECCIÓN 5: Acogimiento familiar

1. El solicitante es o ha sido un(a) niño(a) bajo la custodia legal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.
 Sí No

Si ahora está en acogida, nombre del trabajador de CFS o CFOM	Teléfono (incluya código de área)
2. Si procede, nombre del trabajador social de NFC	Teléfono (incluya código de área)

SECCIÓN 6: Ciudadanía/Residencia

1. Soy ciudadano(a) de Estados Unidos
 Sí No

2. Lugar de nacimiento: Ciudad	Estado	País
--------------------------------	--------	------

3. Soy un extranjero calificado bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad
 Sí No

4. No. de extranjero	Estatus migratorio
----------------------	--------------------

5. Soy residente legal en Nebraska
 Sí No

SECCIÓN 7 (opcional): Información adicional

Si hay alguna otra información relevante para esta solicitud que desee que conozcamos, anótela aquí. *Si no hay ninguna, pase a la sección siguiente.*

SECCIÓN 8 (opcional): Registro de votantes

1. Si no está inscrito en el censo electoral de su lugar de residencia, ¿desea solicitar su inscripción?

Sí No

Cumplimente la sección 9

SECCIÓN 9: Registros

Por favor, presente los siguientes registros con esta solicitud, o proporcione nombres e información de contacto para que DDD pueda recopilar la información.

Acepto que mi información sea utilizada y recuperada de fuentes de datos para esta solicitud.

Enumere los datos de contacto médicos o escolares adicionales en una hoja aparte y adjúntela.

1. Informes educativos (es decir, informes de los equipos multidisciplinares (MDT, en inglés) de los últimos diez años).

2. Escuela

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono (incluya código de área)

3. Informes/diagnósticos médicos relacionados (es decir, síndrome/trastorno médico, genético) con los medicamentos prescritos actualmente (incluya la finalidad del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración).

Discapacidad específica

4. Dirección del médico practicante

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

5. Informes de psicólogos titulados de los últimos cinco años.

No disponible

6. Psicólogo

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

7. Informes del psiquiatra y del terapeuta/consejero de los últimos cinco años.

No disponible

8. Psiquiatra

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

9. Terapeuta o consejero

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (incluya código de área)
--------	--------	---------------	-----------------------------------

10. Copia de los documentos de la tutela designada por el tribunal (si el solicitante tiene 19 años o más y un tutor designado por el tribunal).

Envíe la solicitud y los expedientes a:

DD Applications
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
o Fax: (402) 328-6243
o Fax electrónico:
DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov o Correo
electrónico a:
DHHS.DDEligibility@nebraska.gov

AD Applications (AD/TBI)
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
o Fax: (402) 328-6257
o Correo electrónico a: DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov

No firmar este formulario no afectará al tratamiento, ni al pago, sin embargo, puede afectar a la inscripción, o a la posibilidad de recibir ciertos beneficios, proporcionadas por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Nebraska. Comprendo las ventajas e inconvenientes y autorizo libre y voluntariamente la divulgación de información específica sobre mí. También entiendo que no estoy obligado a revelar mi número de seguro social, aunque la revelación puede facilitar o agilizar el suministro de información.

Nombre (Apellido, Nombre, 2da inicial)		Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social	Número de caso/cuadro (si se conoce)	Periodo cubierto
La información se divulgará a: (Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal) Division of Developmental Disabilities Nebraska Department of Health and Human Services 301 Centennial Mall South PO Box 98947, Lincoln, NE 68509-8947 o Fax: (402) 328-6243 o Fax electrónico: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov o Correo electrónico a: DHHS.DDEligibility@nebraska.gov La información que se divulgará en virtud de esta autorización se limita a los registros/información de las partes aplicables o que obren en su poder.		Motivo de la divulgación: <input checked="" type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad <input checked="" type="checkbox"/> Mi solicitud <input type="checkbox"/> Reclamación de seguros <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Consulta y/o planificación del tratamiento <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____

Información específica que se debe divulgar:

Información específica que se debe divulgar:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toda la información que pueda divulgarse relativa a la persona arriba mencionada al Registro Central de Abuso y Abandono de Adultos y al Registro Central de Abuso y Abandono Infantil. <input type="checkbox"/> Formulario de remisión para postratamiento <input type="checkbox"/> Resumen de la alta <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Historia y examen físico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Historial y tratamiento psiquiátrico | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cualquier otra información no médica, registros o documentos relativos a la persona arriba mencionada que puedan divulgarse. <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento psicológicos <input type="checkbox"/> Historia social <input type="checkbox"/> Radiografías y otros resultados de diagnóstico por imagen <input type="checkbox"/> Tratamiento del alcoholismo y la drogadicción <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Información sobre el VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |
|---|--|

La presente Autorización (salvo revocación previa por escrito) finalizará el _____ (debe completarse con la fecha o el evento). Al firmar esta autorización, reconozco que la información que se divulgará puede incluir material protegido por la legislación federal o estatal, incluida información sobre beneficios o inscripción; información de salud protegida que puede incluir información relacionada con drogas/alcohol, VIH o anemia falciforme. Mi firma autoriza la divulgación de toda esta información. También entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito de conformidad con el entonces vigente Aviso de Prácticas de Privacidad de DHHS (si es a DHHS), o mediante la presentación de una solicitud por escrito al proveedor de atención médica o entidad, o de otra manera, y será honrada con la excepción de la información que ya ha sido divulgada. También entiendo que si el destinatario de la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad.

Firma del cliente	Fecha
Firma del tutor (si procede)	Fecha

AVISO AL DESTINATARIO

Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales y federales (incluidos los Reglamentos Federales, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Parte 2 y Parte 431, Subparte F) que le prohíben hacer cualquier otra divulgación de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por dichos reglamentos. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que consuma alcohol o drogas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

-
- Entiendo que el incumplimiento de las siguientes obligaciones puede dar lugar a la denegación o cancelación de la financiación de los servicios basados en el hogar y la comunidad.
-

Aviso de derechos

Como persona que ha solicitado servicios de discapacidad del desarrollo, entiendo que tengo los siguientes derechos:

- Derecho a recibir notificación por escrito de cualquier decisión, rescisión o modificación de servicios previamente autorizados.
 - El derecho a presentar una apelación por escrito de cualquier decisión o acción y a tener una audiencia justa sobre mi apelación. Entiendo que debo apelar en un plazo de 90 días a partir de la fecha de cualquier Aviso de decisión que reciba.
-

Aviso de obligaciones

Cuando se asigne la financiación, entiendo y acepto las siguientes obligaciones:

- Debo solicitar y aceptar todos los beneficios que pueda tener derecho a recibir, que pueden incluir SSI, SSA, Medicaid de Nebraska y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Acepto tomar medidas para mantener el derecho a todos los beneficios a las que pueda tener derecho.
 - Debo pagar mensualmente a mi proveedor el monto de mi obligación de participación en los gastos de Medicaid cuando se me informe de la obligación.
 - Debo cumplimentar y presentar la información requerida antes de iniciar los servicios financiados, anualmente o cuando se solicite. Esto puede incluir información sobre beneficios y recursos o una copia de mi declaración de impuestos para la determinación de mi capacidad de pago de los servicios de discapacidades del desarrollo basados en la comunidad.
 - Debo participar en todas las valoraciones o evaluaciones necesarias para mantener mis servicios, que incluyen, entre otras, la(s) evaluación(es) psicológica(s), médica(s) anual(es) y dental(es), así como el Proceso de Evaluación Objetiva.
-

DD Applications
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
o Fax: (402) 328-6243
o Fax electrónico: DHHS.DDGoldsefax@nebraska.gov
o Correo electrónico a:
DHHS.HCBSWaiverApp@nebraska.gov

AD Applications (AD/TBI)
Division of Developmental Disabilities
Nebraska Department of Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947
o Fax: (402) 328-6257
o Correo electrónico a:
DHHS.ADwaiverApp@nebraska.gov