

Solicitud de Subsidio para el Relevo del Cuidador (Respite)
Programa de Subvención para el Relevo del Cuidador Across the Lifespan

(Refiérase a la página número 3 para acceder a las instrucciones)



Sección 1 INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la persona con discapacidad			Fecha de nacimiento	Edad
Dirección donde recibe correo			Número de Seguro Social	
Ciudad	Condado	Código Postal	Teléfono	
Nombre del cuidador (la persona que usualmente la provee cuidado al individuo con discapacidad)			Relación/Parentesco	

Por favor indique el número total de personas que viven en el hogar de la persona con discapacidad

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación/Parentesco con la persona discapacitada

Sección 2 DISCAPACIDAD

1. Por favor describa la discapacidad de la persona. Incluya el diagnóstico médico si lo conoce. Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio.

2. Explique porqué el cuidador necesita Relevo (tiempo de descanso de las responsabilidades de cuidado).

Sección 3 SERVICIOS DE APOYO

- ¿Está usted recibiendo algún tipo de ayuda económica de relevo? Sí No
 En caso de que esté recibiendo ayuda: ¿quién paga por el servicio de relevo? _____
- Marque el servicio que está recibiendo la persona con discapacidad (marque todos los que correspondan):
 Seguro médico Medicaid Sistema de Discapacidad del Desarrollo
 Si corresponde: Nombre de la compañía de seguro médico _____

Sección 4 RECURSOS/ACTIVOS

Enumere cualquier cantidad en efectivo, cuentas corrientes, acciones, bonos, seguro de vida completo, certificados de depósito, etc., y cualquier activo que pueda ser convertido en efectivo.
 Incluya los activos que le pertenezcan a la persona con discapacidad, a su cónyuge e hijos menores de 19. Si la persona con discapacidad tiene menos de 19 años, incluya a los padres y hermanos menores de 19

Activo	¿A quién le pertenece?	Cantidad

Sección 5**INGRESOS**

Enumere toda clase de ingreso bruto (antes de las deducciones.) Incluya la persona con discapacidad, su cónyuge e hijos menores de 19. Si la persona con discapacidad tiene menos de 19 años, incluya a los padres y hermanos menores de 19.

Fuente de ingreso	Tipo de ingreso	Cantidad	¿Qué tan seguido se recibe?	¿Quién lo recibe?
Salario, empleo independiente				
Programas de Asistencia (Seguro Social, SSI, ADC, Veteranos)				
Intereses, Dividendos				
Manutención Infantil, Pensión, Alimenticia				
Otro:				

Sección 6**GASTOS RELACIONADOS CON LA(S) DISCAPACIDAD(ES)**

Enumere todos los gastos relacionados con la discapacidad de la persona en cuestión los cuales se deben pagar cada año. No incluya las cantidades cubiertas por el seguro o por cualquier otro programa de beneficio. Ejemplos de gastos: citas médicas, medicamentos recetados, pañales, transporte médico, sillas de ruedas, rampas, préstamos utilizados para modificaciones arquitectónicas. No incluya los gastos de los otros miembros de la familia.

¿Cuál es el gasto?	¿Cuánto cuesta?	¿Qué tan frecuente es?	¿De quién es el gasto?

Formulario y testamento de ciudadanía norteamericana con el fin de cumplir con los estatutos revisados de Nebraska del número §§ 4-108 al número §§ 4-114, doy testimonio de lo siguiente:

- Soy ciudadano(a) de los Estados Unidos o
- Soy extranjero(a) cualificado(a) bajo la ley federal de inmigración y nacionalidad.

Mi estado de inmigración y mi número registrado de extranjero (*alien number*) son los siguientes: _____

Sección 7**ACUERDO Y FIRMA**

Entiendo que toda la información presente puede ser revisada, y que si he dado alguna declaración o información falsa, puede que sea culpable de fraude.

Entiendo que en cualquier momento que hayan cambios en la información que he dado, debo reportarlos inmediatamente al Director de Caso para Relevos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Entiendo que si no pienso que mi petición ha sido manejada correctamente, tengo derecho a presentar una apelación.

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska puede tener que contactar otras agencias e individuos para determinar mi elegibilidad económica y verificar la necesidad de apoyo que estoy solicitando, o para hacer remisiones con el fin de ayudarme a obtener servicios. Autorizo la divulgación de esta información confidencial.

Los pagos de beneficios pueden demorarse si usted no ingresó el número del Seguro Social para la persona con discapacidad.

Doy fe por la presente que mis respuestas a la información dada en esta solicitud y cualquier otra solicitud para recibir beneficios públicos es verdadera, completa y exacta y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos

Firma de la persona con discapacidad o el padre de familia o tutor	Firmado el (fecha)		
Firma de la persona que ayudó a completar esta solicitud, si corresponde	Fecha		
Dirección	Ciudad	Estado	Teléfono

Enviar la solicitud completada al:

Nebraska Department of Health and Human Services
 Medicaid / Long Term Care State and Grant Funded Programs
 P.O. Box 95026
 Lincoln, NE 68509-5026
 Llame gratis al: 1-800-358-8802 o en Lincoln al: 471-9509

¿Preguntas?:

Instrucciones:

Instrucciones para completar el formulario MILTC-1400-S, "Solicitud de subsidio para el Relevo del Cuidador (*respite*), Programa de Subvención para el Relevo del Cuidador *Across the Lifespan*"

Uso: El formulario MILTC-1400-S se utiliza como solicitud para recibir beneficios del Programa de Subsidio para el Relevo del Cuidador (*respite*). El trabajador de subsidios para relevo usará este formulario para recoger los datos necesarios con el fin de determinar elegibilidad para recibir servicios de relevo. También sirve como autorización para la divulgación de información cuando se necesite información adicional para determinar la elegibilidad.

Finalización: El trabajador de subsidios para relevo utilizará los datos para determinar la elegibilidad. La solicitud debe ser firmada y fechada por el cliente o su representante.

Información de identificación: Ingrese el nombre, dirección, número telefónico, número del Seguro Social y fecha de nacimiento de la persona con discapacidad. También ingrese el número del Seguro Social del cuidador. Mencione qué parentesco o relación tiene el cuidado con la persona de discapacidad.

Tamaño de la familia/Cantidad de personas que viven el hogar: Esta información es necesaria para determinar la responsabilidad económica legal. Ingrese el nombre, la fecha de nacimiento y la relación o parentesco que se tenga con la persona con discapacidad.

Discapacidad: Esta información se utiliza para determinar si la persona con discapacidad califica para el Programa de Subsidio para el Relevo del Cuidador. Puede ser utilizada para establecer prioridades y listas de espera. También habla sobre las necesidades del cuidador. Por favor explique qué efectos tiene la discapacidad del individuo en su vida diaria.

Servicios de Apoyo: Esta información ayuda a identificar otros servicios/remisiones que pueden ser más apropiados que el Programa de Subvención para el Relevo del Cuidador *Across the Lifespan*. Es un factor de elegibilidad.

Recursos/Activos: Enumere cualquier recurso líquido incluyendo efectivo a la mano, cuentas corrientes o de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, valores al contado del seguro de vida, Fondos IRA y Keogh, etc. Estos datos serán utilizados como otro punto de elegibilidad. Ingresos: Enumere todo tipo de ingresos, enumere la cantidad bruta recibida antes de que se deduzca cualquier cantidad.

Servicios relacionados con la(s) discapacidad(s): La información aquí enumerada será considerada para determinar si algún gasto puede ser descontado de la cantidad de ingreso. Esto debe incluir gastos tales como aquellos gastos varios para medicamentos recetados, modificaciones del hogar, pañales para individuos mayores de 3 años, etc.

Testamento de ciudadanía: Marque ya sea la casilla de ciudadano(a) de los Estados Unidos o la casilla de extranjero(a) cualificado(a) para el individuo con discapacidad. Si se marca la casilla de extranjero(a) cualificado(a), proporcione el estado de inmigración y el número registrado de extranjero (*alien number*). Ingrese el nombre del individuo con discapacidad. Firme el formulario, si el individuo no es capaz de firmar, el padre/tutor o representante del individuo puede firmar por él/ella.

Firma/Fecha: La persona con discapacidad o representante autorizado debe firmar la solicitud antes de que podamos autorizar los beneficios.

Envíe este formulario completado por correo:

*Nebraska Department of Health and Human Services
Medicaid & Long Term Care
State and Grant Funded Programs
PO Box 95026
Lincoln, NE 68509-5026*

Preguntas:

Llame gratis al: 1-800-358-8802 o en Lincoln al: 471-9509