

Solicitud del Programa de Enfermedad Renal Crónica

Por favor, escriba en letra de molde legible.

Una vez completado, entréguelo a su trabajador social de diálisis.

Información del cliente

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del 2do nombre)

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Estado civil: _____ **Raza: _____

Casado(a) | Soltero(a) | Divorciado(a) | Separado(a) | Viudo(a) Afroamericano | Asiático | Caucásico/Blanco | Hispano | Nativo Americano | Otro

Sexo: Femenino Masculino Otro Estatus de veterano: Sí No
(Marque uno) (Marque uno)

Situación laboral: Discapacitado(a) Empleado(a) Jubilado(a) Desempleado(a)
(Marque uno)

Si el cliente es menor de 19 años, indique el padre/madre/tutor:

Nombre del padre/madre/tutor: _____
(Apellido) (Nombre)

**Es obligatorio proporcionar su Número de Seguro Social (SSN). Se utilizará para determinar la elegibilidad y para fines administrativos. La información es confidencial y sólo se divulgará en la medida en que lo exija la ley. **Sólo con fines estadísticos.*

Centro de diálisis | Trabajador(a) social

Centro de diálisis: _____

Dirección del Centro de Diálisis: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Trabajador(a) Social (SW): _____

Nombre del cliente: _____

Ingresos

Presentar una copia de la declaración de la renta **FEDERAL más reciente** en la que se muestren los ingresos brutos ajustados **O** una copia de la declaración de beneficios de la Administración de la Seguridad Social (SSA) **más reciente**.

Si procede, incluya también cualquier declaración de los beneficios de jubilación o pensión.

Es importante:

- Si está casado(a), deberá presentar también la fuente de ingresos de su cónyuge.
- Si usted es declarado como dependiente en la Declaración de impuestos de otra persona, sus fuentes de ingresos también deben ser proporcionadas.

Total de los ingresos del año pasado: _____

Si los ingresos futuros van a cambiar significativamente, incluya una declaración de una página por qué en la página 4 y proporcione la documentación.

Marque si no ha presentado la Declaración de impuestos. Explique brevemente por qué: _____

¿Está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

En caso afirmativo, ¿de quién? _____

¿Tiene familiares legalmente responsables de proporcionarle cuidados y tratamiento que se niegan a hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, anote quién y la relación: _____

En los últimos dos años, ¿ha regalado – o vendido por menos del valor justo de mercado – alguna propiedad?

Sí No

En caso afirmativo, anote el tipo de propiedad, el valor de la misma y el motivo: _____

Hogar

Miembros de la familia que viven en el hogar durante el último año:

Nombre	Edad	Relación	Empleado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del cliente: _____

Seguro de salud

¿Tiene un *seguro médico privado*? Sí No

En caso afirmativo, facilite la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros	Tipo de cobertura	Fecha de efectividad	Número de póliza

¿Tiene *Medicare*? Sí No No, pero he solicitado

En caso afirmativo, facilite la siguiente información:

Tipo de cobertura (marque cada casilla que corresponda)	Fecha de efectividad	Número de ID de Medicare
<input checked="" type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D		

¿Tiene usted *Medicaid*? Sí Sí (parte del costo) No No, pero he solicitado

En caso afirmativo, facilite la siguiente información:

Número de ID de Medicaid

Nombre: _____

Utilice esta página para indicar si los ingresos futuros van a cambiar de forma significativa (debido al fallecimiento de un familiar, a la situación de discapacidad, a la incapacidad para trabajar, etc.) o si otras áreas de la solicitud requieren una mayor explicación. **No** exceda de una página. **Se requiere documentación para justificar las explicaciones sobre los ingresos.** Por ejemplo, una carta de un antiguo empleador, una carta de su médico en la que declare su incapacidad para trabajar como consecuencia de su enfermedad, etc.

Formulario de declaración de ciudadanía de los Estados Unidos

Con el fin de cumplir con los estatutos revisados de Nebraska, secciones de la 4-108 a 4-114, doy fe de lo siguiente:

Soy ciudadano(a) de los Estados Unidos.

O

Soy un(a) extranjero(a) cualificado(a) en virtud de la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad, mi situación migratoria y mi número de extranjero son los siguientes:

_____ ,
y me comprometo a proporcionar una copia de mi documentación del USCIS cuando se me solicite.

Por la presente, doy fe de que mi respuesta y la información proporcionada en este formulario y en cualquier solicitud de beneficios públicos relacionada son verdaderas, completas y precisas, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

ESCRIBA EL NOMBRE: _____

(primer, segundo, apellido)

FIRMA: _____

FECHA: _____

Nombre del cliente: _____

Divulgación de información

Las siguientes personas tienen permiso para ponerse en contacto con el Programa de Enfermedad Renal Crónica de Nebraska y discutir su condición relacionada con el riñón y/o los requisitos de solicitud y renovación:

Nombre	Año de nacimiento	Relación con usted
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

El consentimiento para la divulgación de información puede ser revocado por usted en cualquier momento informando al Programa Renal por escrito. Si se deja en blanco, su caso no se discutirá con nadie más que su trabajador social renal, sus proveedores de servicios o usted. Los trabajadores sociales y los proveedores de servicios renales pueden acceder a un sistema electrónico para verificar su elegibilidad para el Programa Renal.

Ponga sus iniciales en su comprensión: _____

Fecha: _____

Afirmación

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación de la información que se me solicita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

La información se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia del Programa de Enfermedades Renales Crónicas de Nebraska.

Además, si se aprueba, se entiende que el Programa sólo ayuda con el costo de los productos farmacéuticos y la diálisis, y **no paga** los gastos de ninguna otra enfermedad. De acuerdo con la norma 181 NAC 1, **el pago de los servicios se efectuará siempre que se disponga de los créditos estatales actuales y siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad del Programa.**

Afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, completa y precisa.

Firma del cliente

Si el cliente es menor de 19 años, se requiere la firma del padre, madre o tutor.

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Certificación médica

Diagnóstico: _____

Terapia recomendada: _____

Fecha del primer tratamiento de diálisis: _____

Fecha del trasplante: _____

Al firmar, el médico certificador confirma que el cliente cumple los criterios de la enfermedad renal crónica.

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

