

Case Number - 00002115
Case Name - BOBBI POPLINKI
CONTACT - None Assigned
Phone Number - (308)436-6500
Toll Free Number - (800)383-4278
Fax Number - (402)471-9209
Date of Notice - 04-15-2026
Mail Date - 04-17-2026

BOBBI POPLINKI
8756 D ST
PLYMOUTH NE 68424

Evaluación de requisitos de trabajo de Medicaid

Requisitos de trabajo de Medicaid

(Miembros del grupo familiar de 19 - 64 años)

Las siguientes preguntas opcionales hacen referencia a los miembros del grupo familiar de 19 - 64 años que podrían ser elegibles para recibir Medicaid de Nebraska a través de la expansión de Medicaid. Los miembros del grupo familiar elegibles para recibir Medicaid de Nebraska a través de la expansión de Medicaid deben demostrar que cumplen los requisitos de trabajo de Medicaid para calificar bajo la expansión de Medicaid. Responder a estas preguntas opcionales ayudará al DHHS a evaluar el cumplimiento de los requisitos de trabajo bajo la expansión de Medicaid.

Meses calificados:

Para **los solicitantes nuevos**, o personas que se agregan a un grupo familiar, estas preguntas opcionales son obligatorias y se evaluarán según el mes anterior al mes en el que la persona presentó la solicitud (el mes pasado).

Para **los miembros existentes**, estas preguntas opcionales son obligatorias y se evaluarán según el tiempo que pasó entre hoy y la fecha de determinación inicial o la última renovación de Medicaid.

Miembros del grupo familiar

Nombre completo
BOBBI POPLINKI

Fecha de nacimiento
09/01/2001

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue voluntario en la comunidad en un mes calificado?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

2. ¿Algún miembro del grupo familiar participó en un programa de trabajo durante un mes calificado (incluyendo capacitación laboral o servicios de empleo)?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

3. ¿Alguien en el hogar tiene un trabajo que se considere estacional (por ejemplo: quitar nieve, cosechar o un empleo estacional similar)?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

4. ¿Algún miembro del grupo familiar es indígena americano, nativo de Alaska, indígena urbano, indígena de California o cumple los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena (IHS)? (Esto también incluye a cualquier persona que cumpla los requisitos para recibir servicios en un hospital o clínica tribal).

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

5. ¿Algún miembro del grupo familiar recibió atención médica a través del Servicio de Salud Indígena (IHS)? (Esto también incluye a cualquier persona que reciba o que recibió servicios en un hospital o clínica tribal).

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

6. ¿Hay algún miembro del grupo familiar que sea padre, madre, tutor, familiar o cuidador familiar de una persona con discapacidad?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

7. ¿Hay algún miembro del grupo familiar que sea veterano con una calificación de discapacidad del 100% (total) otorgada por el VA?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

8. ¿Se consideró que algún miembro del grupo familiar tenga una fragilidad médica o una necesidad médica especial durante un mes elegible? (Esto incluye a cualquier persona ciega o discapacitada, con un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno mental incapacitante, una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte significativamente su capacidad para hacer una o más actividades de la vida diaria, o que tenga una condición médica grave o compleja).

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

9. ¿Algún miembro del grupo familiar participó en un programa de tratamiento o rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol durante un mes calificado?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

10. ¿Algún miembro del grupo familiar recibió servicios de hospitalización, servicios en un centro de enfermería, servicios en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/DD), servicios de hospitalización psiquiátrica u otros servicios similares durante un mes calificado?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

11. ¿Algún miembro del grupo familiar (o su dependiente) viajó fuera de su comunidad por un período prolongado para recibir atención médica por una condición médica grave en un mes calificado?

Sí No ¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):

12. ¿Algún miembro del grupo familiar estuvo inscrito en una escuela o en un programa de educación profesional y técnica en un mes calificado?

Si la respuesta es "Sí", complete el cuadro de abajo para cada persona (según corresponda):

Nombre	Nombre de la escuela o programa	Número de horas de crédito matriculadas	Fecha de inicio de la inscripción / Fecha de graduación prevista

Solo para solicitantes nuevos

Las preguntas opcionales adicionales de abajo solo aplican a solicitantes nuevos o personas que se agregan a un grupo familiar, que tengan entre 19 y 64 años, y que podrían ser elegibles para recibir Medicaid de Nebraska a través de la expansión de Medicaid. Responder a estas preguntas opcionales ayudará a evaluar el cumplimiento de los requisitos de trabajo bajo la expansión de Medicaid.

Estas preguntas opcionales adicionales son obligatorias y se evaluarán según el mes anterior al mes en el que la persona presentó la solicitud (el mes pasado).

¿Algún miembro del grupo familiar ganó más de \$580 el mes pasado?

Sí No **¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):**

¿Algún miembro del grupo familiar fue menor de 19 años en algún momento del mes pasado?

Sí No **¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):**

¿Alguna miembro del grupo familiar estuvo embarazada el mes pasado?

Sí No **¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):**

¿Algún miembro del grupo familiar estuvo encarcelado en algún momento durante los 4 meses antes de su solicitud de Medicaid?

Sí No **¿Quién? (escriba el nombre de todas las personas que correspondan):**

Instrucciones de envío

Si algún miembro del hogar entre 19 y 64 años respondió "Sí" a cualquier pregunta de este formulario, tendría que completar un Formulario de declaración individual de requisitos de trabajo de Medicaid (IDF) para demostrar el cumplimiento de los requisitos de trabajo de Medicaid.

Para acceder al documento con los requisitos de trabajo de Medicaid, escanee el código QR en este formulario o comuníquese con Medicaid de Nebraska a través de cualquiera de las formas que aparecen abajo.



Devuelva este formulario y cualquier información adicional a Medicaid de Nebraska utilizando uno de estos métodos:

- **En línea:** en iServe.nebraska.gov
- **Por correo:** P.O. BOX 2992
OMAHA, NE 68103-2992
- **Por teléfono:**
 - Número de teléfono: (855) 632-7633 (seleccione la opción 3)
 - Número de teléfono de Lincoln: (402) 473-7000 (seleccione la opción 3)
 - Número de teléfono de Omaha: (402) 595-1178 (seleccione la opción 3)
 - Número TTY: (402) 471-7256
 - Fax: (402) 742-2351
- **En persona:** en una oficina local del DHHS dhhs.ne.gov/Pages/Public-Assistance-Offices.aspx

English

The Nebraska Department of Health and Human Services provides language assistance services and auxiliary aids and services, free of charge. For language assistance services or auxiliary aids, please call (402) 471-3121 or speak to someone at the front desk.

Spanish

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares, de forma gratuita. Para servicios de asistencia lingüística o ayudas auxiliares, por favor llame al (402) 471-3121 o hable con alguien en la recepción.

Vietnamese

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nebraska cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các thiết bị hỗ trợ bổ trợ, hoàn toàn miễn phí. Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc sử dụng các thiết bị hỗ trợ bổ trợ, vui lòng gọi số (402) 471-3121 hoặc trao đổi với nhân viên tại quầy lễ tân.

Arabic

تقدم دائرة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا خدمات المساعدة اللغوية والوسائل المساعدة والخدمات الإضافية مجانًا. للحصول على خدمات المساعدة اللغوية أو الوسائل المساعدة، يرجى الاتصال على الرقم (402) 471-3121 أو التحدث إلى أحد الموظفين في مكتب الاستقبال.

French

Le Département de la Santé et des Services Sociaux du Nebraska propose gratuitement des services d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires. Pour obtenir ces services, veuillez appeler le (402) 471-3121 ou vous adresser à l'accueil.

Chinese

內布拉斯加州衛生和公共服務部免費提供語言援助服務和輔助工具和服務。如需語言輔助服務或輔助工具，請致電 (402) 471-3121 或與前臺人員聯系。

German

Das Gesundheits- und Sozialministerium von Nebraska bietet kostenlose Sprachunterstützung sowie Hilfsmittel und Dienstleistungen an. Für Sprachunterstützung oder Hilfestellungen wenden Sie sich bitte an die Telefonnummer (402) 471-3121 oder sprechen Sie mit einem Mitarbeiter an der Rezeption.

Somali

Waxaad Caafimaadka iyo Adeegyada Aadanaha ee Nebraska waxay bixiyaan adeegyada kaalmada luqadda iyo qalabka caawiyo dadka wax maqalka ku adeegayahay oo bilaash ah. Adeegyada kaalmada luqadda ama qalabka caawiyo dadka wax maqalka ku adeegayahay, fadlan wac (402) 471-3121 ama la hadal qofka jooga soo dhaweynta.

Swahili

Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu ya Nebraska hutoa huduma za usaidizi wa lugha na usaidizi wa ziada na huduma, bila malipo. Kwa huduma za usaidizi wa lugha au usaidizi wa ziada, tafadhali piga simu (402) 471-3121 au zungumza na mtu aliye kwenye dawati la mapokezi.

Nepali

नेब्रास्का स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागले भाषा सहायता सेवाहरू र सहायक सहायता र सेवाहरू निःशुल्क प्रदान गर्दछ। भाषा सहायता सेवाहरू वा सहायक सहायताहरूको लागि, कृपया (402) 471-3121 मा कल गर्नुहोस् वा फ्रन्ट डेस्कमा कसैसँग कुरा गर्नुहोस्।

Tagalog

Nagbibigay ang Nebraska Department of Health and Human Services ng mga serbisyong pantulong sa wika at mga karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Para sa mga serbisyong pantulong sa wika o mga karagdagang tulong, mangyaring tumawag sa (402) 471-3121 o makipag-usap kaninuman sa front desk.

Russian

Департамент здравоохранения и социальных служб штата Небраска предоставляет бесплатные услуги языковой поддержки, а также вспомогательные средства и услуги. Для получения услуг языковой поддержки или вспомогательных средств позвоните по телефону (402) 471-3121 или обратитесь к кому-нибудь на стойке регистрации.

Ukrainian

Департамент охорони здоров'я та соціальних служб штату Небраска надає безкоштовні послуги мовної підтримки, а також допоміжні засоби та послуги. Для отримання послуг мовної підтримки або допоміжних засобів зателефонуйте (402) 471-3121 або зверніться до когось на стійці реєстрації.

Telugu

నెబ్రాస్కా డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్ అండ్ హ్యూమన్ సర్వీసెస్ భాషా సహాయ సేవలు మరియు సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలను ఉచితంగా అందిస్తుంది. భాషా సహాయ సేవలు లేదా సహాయక సహాయాల కోసం, దయచేసి (402) 471-3121 కు కాల్ చేయండి లేదా ముందు డెస్క్ వద్ద ఉన్న ఎవరితోనైనా మాట్లాడండి.

Hindi

द नेब्रास्का डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेज़ मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं तथा सहायक साधन एवं सेवाएं प्रदान करता है। भाषा सहायता सेवाओं या सहायक साधनों के लिए, कृपया (402) 471-3121 पर कॉल करें या फ्रंट डेस्क पर किसी से बात करें।

Elegibilidad para Medicaid en Nebraska
Número gratuito: (855)632-7633
Lincoln: (402)473-7000
Omaha: (402)595-1178

Ir al sitio web:
iServe.nebraska.gov

Mercado Federal de Seguros Médicos
Ir al sitio web: Cuidadodesalud.gov
Centro de Servicio al Cliente: (800)318-2596