

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

Requisitos laborales de Medicaid - formulario de declaración individual

Las personas elegibles para Medicaid de Nebraska a través de la expansión de Medicaid deben demostrar que cumplen los requisitos laborales de Medicaid para calificar para la cobertura. La expansión de Medicaid incluye a las personas de 19 - 64 años con bajos ingresos que obtienen su seguro médico a través de Medicaid de Nebraska. No pueden recibir Medicare ni pueden estar embarazadas o ser elegibles por discapacidad. También deben ser ciudadanos estadounidenses o cumplir las normas de inmigración de Medicaid. Las personas de bajos ingresos son las que ganan hasta el 138 % del nivel federal de pobreza, que, para 2026, es de aproximadamente \$22,025 al año para una persona soltera o de \$45,540 para una familia de cuatro personas.

Estas personas deben completar formulario para dar información que demuestre el cumplimiento de los requisitos laborales de Medicaid.

Este formulario solo acepta la certificación para las actividades de abajo. Puede que existan otras actividades no mencionadas que requieran un tipo de verificación diferente. Para obtener más información sobre los requisitos laborales de Medicaid, visite dhhs.ne.gov/Pages/WorkRequirements.aspx

Meses calificados:

- Para los **solicitantes nuevos**, o las personas que se agregan a un grupo familiar, deben responder las preguntas de este formulario, que se evaluarán según el mes anterior al mes en el que la persona presentó la solicitud (el mes pasado).
- Para los **miembros existentes**, deben responder las preguntas de este formulario y se evaluarán según el tiempo que pasó entre ahora y su determinación inicial o su última renovación de Medicaid.

Por favor responda a todas las preguntas de forma completa y precisa, según su leal saber y entender. Si alguna pregunta no aplica para usted, responda "No" o escriba "N/A". Las preguntas marcadas con un asterisco (*) son obligatorias. Presentar un formulario incompleto puede causar demoras en el procesamiento de sus beneficios o su denegación, cancelación o reducción.

¿Para quién está completando este formulario? *

- Nombre: BOBBI POPLINKI
- Fecha de nacimiento: 09/01/2001
- Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____

¿Esta persona fue voluntaria en su comunidad durante un mes que califica? Sí No

- Número de horas de voluntariado por mes: _____
- Nombre de las organizaciones: _____
 - Direcciones: _____
- Contactos de la organización:
 - Nombres: _____
 - Teléfonos: _____

¿Esta persona participó en un programa de trabajo en un mes calificado (incluyendo capacitación laboral o servicios de empleo)? Sí No

- Número de horas al mes: _____
- Nombre de los programas de trabajo: _____
 - Direcciones: _____

- Contactos del programa de trabajo:
 - Nombres: _____
 - Teléfonos: _____

¿Esta persona inscrita en una escuela a o una programa técnica de carreras y educación en un mes calificado?

Si es así, por favor responda los siguientes puntos:

- Nombre de escuela o del programa: _____
- Número de horas crédito inscritas: _____
- Fecha de inicio de inscripción: _____
- Fecha de graduación anticipada (si aplica): _____

¿Esta persona fue padre, madre, tutor, familiar cuidador o cuidador familiar de una persona discapacitada en un mes calificado? Sí No

- Describa la condición médica crónica o de otro tipo, la discapacidad o la limitación funcional de la persona que recibió los servicios: _____
- (Marque /responda todas las opciones que correspondan):
 - ¿La persona con discapacidad vive en su grupo familiar? Sí No
 - ¿La persona discapacitada es un familiar? Sí No
 - ◆ Si la respuesta a la pregunta de arriba es "No", describa su relación con la persona que recibe sus servicios: _____
 - ¿Cuántas horas de cuidado recibe? _____

¿La persona estuvo encarcelada en los últimos 12 meses? Sí No

- Fecha de salida más reciente: _____
 - Marque aquí si la persona aún está encarcelada
- Nombre del centro: _____
 - Dirección: _____

¿Esta persona se consideró frágil desde el punto de vista médico o que tenía otras necesidades médicas especiales en un mes calificado? Esto incluye a cualquier persona ciega o discapacitada, que tenga un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno mental discapacitante, una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte significativamente su capacidad para realizar una o más actividades de la vida diaria (p. ej., bañarse, vestirse, comer o ir al baño), o que tenga una condición médica grave o compleja. Sí No

- Describa las condiciones médicas que tiene la persona que coinciden con la lista de arriba: _____
- ¿A qué médicos o proveedores de atención médica visita la persona por estas condiciones médicas?
 - Nombres: _____
 - Direcciones: _____
 - Números de teléfono: _____
- ¿Recibió servicios relacionados con las condiciones médicas de arriba mientras estaba inscrito en Medicaid de Nebraska? Sí No

¿Esta persona participó en un programa de tratamiento y rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol durante un mes calificado? (Si es así, responda los siguientes puntos según su participación más reciente). Sí No

- Nombre del centro: _____
 - Dirección del centro: _____
 - Nombre del contacto: _____
 - Teléfono: _____
- Fechas de servicio: _____
- ¿Recibió estos servicios mientras estaba inscrito en Medicaid de Nebraska? Sí No

¿Esta persona un veterano con una calificación de discapacidad del 100% (total) otorgada por el VA? Sí No

- Si es así, indique fecha de la calificación de discapacidad total: _____

¿Esta persona recibió servicios de hospitalización para pacientes internados, servicios en un centro de enfermería, servicios en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/DD), servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes internados u otros servicios similares en un mes calificado? Sí No

- Fechas de servicio: _____
- Nombre del centro: _____
- ¿Recibió estos servicios mientras estaba inscrito en Medicaid de Nebraska? Sí No

¿Esta persona (o su dependiente) viajó fuera de su comunidad durante un período prolongado para recibir atención médica por una condición grave durante un mes calificado? Sí No

- Fechas de servicio: _____
- Nombre de los centros: _____
 - Direcciones: _____
- Nombre de las personas que recibió atención médica: _____
- Describa las condiciones médicas que se trataron: _____
- Motivo por el que la persona viajó fuera de la comunidad: _____
- ¿Recibió estos servicios mientras estaba inscrito en Medicaid de Nebraska? Sí No

A través de este documento, autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (Nebraska Department of Health and Human Services) y a sus agentes a solicitar a terceros cualquier información o documento necesario para la administración de sus programas. Estos terceros incluyen, entre otros: el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security), una agencia de informes del consumidor e instituciones económicas. Cualquier tercero también estará autorizado a dar cualquier información o documento que solicite el Nebraska Department of Health and Human Services sobre mí o, cuando lo exija la ley, sobre cualquier otra persona. También autorizo al Nebraska Department of Health and Human Services a divulgar esta información o documentos a las agencias estatales o federales colaboradoras, según las leyes aplicables.

Esta autorización se da únicamente al Nebraska Department of Health and Human Services para su uso en la administración de sus programas y no para ningún otro fin. Seguirá vigente hasta que se dicte una decisión contraria final sobre mi solicitud de asistencia médica, se dé por terminada mi elegibilidad para recibir asistencia médica o hasta que declare por escrito que cancelo esta autorización, lo que ocurra primero.

Libero a cualquier tercero de toda responsabilidad hacia mí y, cuando corresponda, hacia cualquier otra persona, por compartir la información o los documentos mencionados arriba.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que respondí con la verdad a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones federales si doy información falsa o inexacta intencionalmente.

UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO TIENE LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL

Fecha: _____

Firma del solicitante/beneficiario

Fecha: _____

Firma y relación de la persona que ayudó

A través de este documento, autorizo al Nebraska Department of Health and Human Services y a sus agentes a solicitar a terceros cualquier información o documento necesario para la administración de sus programas, incluida la información económica. También autorizo la divulgación de mi número de Seguro Social para este fin.

Comentarios adicionales:

Si quiere completar este formulario electrónicamente, escanee este código QR o visite iServe.Nebraska.gov para obtener más información.



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، يُرجى 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

Waaxda 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