

## CÓMO UTILIZAR LA HERRAMIENTA PARA EXPLORAR LOS BENEFICIOS

**Descripción:** esta guía de referencia rápida brindará orientación sobre cómo usar la herramienta Explorar los beneficios para ver los beneficios para los que puede calificar.

**Nota:** no es necesario que inicie sesión o que tenga una cuenta para completar el cuestionario Explorar los beneficios.

Paso nro.	Procedimiento
1.	<p>Acceda a la página de destino del <b>portal iServe Nebraska</b> directamente desde la página de inicio del DHHS en <a href="https://www.dhhs.ne.gov/">https://www.dhhs.ne.gov/</a>.</p> 
2.	<p>Haga clic en el botón <b>Explorar los beneficios</b>.</p> <div data-bbox="318 1360 1365 1820" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>Solicite beneficios y encuentre la ayuda que necesita</b></p> <p>iServe Nebraska es una nueva forma conveniente para que los habitantes de Nebraska soliciten ayuda con <b>alimentos, servicios, Atención médica, cuidado infantil</b>, y otras necesidades esenciales.</p> <p>Los habitantes de Nebraska pueden solicitar un solo beneficio o varios al mismo tiempo.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; background-color: #00728f; color: white; text-align: center; width: 150px;">Explorar los beneficios</div> <div style="padding: 5px; background-color: #00728f; color: white; text-align: center; width: 150px;">Solicitar Benefits</div> <div style="padding: 5px; background-color: #00728f; color: white; text-align: center; width: 150px;">Administrar los beneficios</div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><a href="#">Continuar la solicitud</a></p> </div>

3. El cuestionario es completamente anónimo y le tomará aproximadamente 3 minutos completarlo. Haga clic en botón de **Iniciar el cuestionario** para comenzar.

Explorar los beneficios



¿Califico?

Complete este cuestionario sencillo para averiguar si califica para los programas que ofrece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Los beneficios están disponibles para residentes de Nebraska.

 **Menos de 3 minutos para completar**

 **Completamente anónimo**

**Iniciar el cuestionario**

4. Comience respondiendo las preguntas. Introduzca su **fecha de nacimiento**.  
**Nota: los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios. No puede avanzar sin responder a las preguntas que se requieren.**

Explorar los beneficios

## Cuéntenos sobre su hogar

Cuéntenos sobre todas las personas que viven en su hogar, incluso si no están allí todo el tiempo. Si declara impuestos, necesitaremos información de todas las personas que incluye en su declaración de impuestos. (No necesita declarar impuestos para recibir asistencia).

### Su información

¿Cuál es su fecha de nacimiento? **\* Requerido**

Por ejemplo: 08/23/1994

Mes	Día	Año
<input type="text"/>	/ <input type="text"/>	/ <input type="text"/>

<p>5.</p>	<p>Seleccione si tiene una <b>discapacidad intelectual</b>, o de salud mental <b>física</b> si corresponde.</p> <div data-bbox="407 296 1265 984" style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px;"><p><b>¿Tiene alguna discapacidad?</b></p><p>Las discapacidades pueden incluir condiciones de salud física, mental o emocional que limitan la actividad.</p><p>Seleccione todas las opciones que correspondan.</p><div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/del desarrollo</p><p><input type="checkbox"/> Discapacidad física (incluida la ceguera)</p><p><input type="checkbox"/> Discapacidad de salud mental/emocional</p><p><input type="checkbox"/> No tiene una discapacidad</p></div></div>
<p>6.</p>	<p>Si corresponde, haga clic en el botón <b>Agregar otro miembro del hogar</b> para incluir miembros adicionales de su hogar. Se le pedirá que responda las mismas dos preguntas, fecha de nacimiento y discapacidad. Continúe haciendo clic en este botón para agregar a todos los miembros del hogar correspondientes.</p> <div data-bbox="344 1188 1330 1327" style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>+ Agregar otro miembro del hogar</b></p></div>
<p>7.</p>	<p>Después de agregar a todos los miembros del hogar. Haga clic en el botón <b>Continuar</b>.</p> <div data-bbox="461 1419 1214 1740" style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px;"><p>Si en el hogar vive usted solo, seleccione Continuar.</p><div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"><p><b>Continuar</b></p></div><p><a href="#">Cancelar el cuestionario</a></p></div>

<p><b>8.</b></p>	<p>Seleccione <b>Sí</b> o <b>No</b> para indicar si alguna persona que es miembro del hogar está embarazada.</p> <div data-bbox="435 331 1243 848" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><h3 style="text-align: center;">Cuéntenos más sobre el hogar.</h3><p>Respondiendo estas preguntas, nos ayudará a determinar qué programas recomendar.</p><p><b>¿Alguien en el hogar está embarazada? * Requerido</b></p><p><input type="radio"/> Sí</p><p><input type="radio"/> No</p></div>
<p><b>9.</b></p>	<p>Seleccione <b>Sí</b> o <b>No</b> para indicar si algún miembro del hogar necesita servicios de apoyo.</p> <div data-bbox="451 936 1224 1423" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p><b>¿Alguien necesita servicios de apoyo? * Requerido</b></p><p>Por ejemplo: servicios domiciliarios, servicios no domiciliarios, comidas preparadas, asistencia con los medicamentos, servicios de tareas domésticas, transporte y servicios diurnos para adultos. También puede incluir servicios o capacitaciones para vivir y trabajar de manera más independiente.</p><p><input type="radio"/> Sí</p><p><input type="radio"/> No</p></div>

10. Indique el **ingreso familiar mensual**, luego haga clic en **Obtener mis resultados**.

**¿Cuál es el ingreso mensual del hogar? \* Requerido**

Si los ingresos mensuales fluctúan, indique los ingresos del último mes. Solo se aceptan valores numéricos en este campo. Ingrese un monto entero en dólares.

\$

**Obtener mis resultados**

[Cancelar el cuestionario](#)

11. Sus resultados se mostrarán en función de sus respuestas. Haga clic en el signo más (+) junto a un programa para obtener más detalles sobre ese programa.

**Nota: esta es una página de resultados de muestra y de ninguna manera indica cuáles serán sus resultados.**

## Sus resultados

Según sus respuestas, puede calificar para los programas que se enumeran a continuación.

Se muestra(n) 2 resultado(s) a continuación:



### Atención médica

Atención médica/Medicaid

+



### Adultos mayores y discapacitados

Ayuda Económica Para Personas de Edad Avanzada, Ciegos y Discapacitados (AABD)

+

12.

Haga clic en **Solicitar beneficios** para completar la solicitud de beneficios completos para obtener una decisión oficial sobre los programas para los que es elegible.

**Nota: incluso si los resultados de la herramienta Explorar los beneficios indican que no es elegible, aún puede completar la solicitud completa para obtener una decisión oficial.**

Cada situación es diferente. Estos resultados son orientativos y es posible que no incluyan todos los programas para los que podría ser elegible. Estos resultados no son una promesa de beneficios. Debe presentar una solicitud para averiguar si es elegible.

La mayoría de los programas requieren alguna prueba de ciudadanía o del estado legal de todas las personas que solicitan beneficios.

**Solicitar beneficios**

[Volver a la página principal](#)