

Servicios de financiamiento

El financiamiento de los costos de modificación del hogar, tecnología o de los servicios necesarios para los clientes que sufren de una discapacidad son proporcionados por numerosos programas.

Las guías y los requerimientos de elegibilidad de estos programas varían ampliamente y con frecuencia son pasados por alto como fuentes potenciales para aquellos que no están familiarizados con la forma de tener acceso a ellos.

El Especialista de Recursos de Tecnología Asistida buscará los diferentes programas a través del estado para determinar la elegibilidad potencial de una persona para que reciba financiamiento de ayuda.

Las familias deberán listar los ingresos de las parejas casadas o el ingreso de todos los adultos, incluyendo los salarios de los niños entre 14 – 18 años.

El proceso

1. La Solicitud de Servicio y Dispositivo se usa para reunir información sobre los servicios y/o dispositivos necesitados. **Llene electrónicamente o por correo la Solicitud de Servicio y Dispositivo:**

Electrónicamente	Correo
<ul style="list-style-type: none">• Solicite una solicitud en PDF para llenar (correo electrónico: atp.funding@nebraska.gov)• Llene, firme, y envíe la solicitud (usted recibirá una copia después de enviarla)	<ul style="list-style-type: none">• Imprima la solicitud, llénela y fírmela (Quédese con la primera hoja para sus archivos)• Mande la solicitud por correo a: Assistive Technology Partnership PO Box 94987 Lincoln, NE 68509-4987

2. El Especialista de Recursos usará la información de la solicitud para identificar el/los programa(s) que son fuentes potenciales para cubrir o complementar el costo de tecnología o de servicios necesarios para el solicitante.
3. El solicitante será notificado de la elegibilidad, y cualquier referencia necesaria se hará al especialista apropiado, programa o servicio. Este proceso toma unas dos semanas, pero en algunos momentos llevará más tiempo.
La solicitud y autorización para divulgación de información es válida **por un año** desde la fecha de la firma.



Por favor tenga en cuenta: Ya que los fondos son limitados, la elegibilidad no siempre garantiza que habrá fondos disponibles.

Para más información sobre los fondos, llame a:
Assistive Technology Partnership
Llame gratis al (877) 713-4002

**Solicitud de Servicio y Dispositivos**

Fecha		
Información del solicitante		
Nombre Apellido	Nombre	Inical
Padre/Guardián/Representante que llena este formulario		
Nombre	Teléfono	Correo electrónico
Dirección		Condado
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	
# Seguro Social	Hogar/Celular	
Dirección de envío por correo electrónico	Texto disponible	
	Trabajo	
	Texto disponible	
Masculino	Femenino	No identificado
		Veterano
Confirmación estadounidense		
Con el propósito de cumplir con Neb. Rev. State §§ 4-108 a través de 4-114, Certifico lo siguiente:		
Soy ciudadano de los Estados Unidos		
Soy extranjero calificado bajo la ley federal de inmigración y nacionalidad		
Estado migratorio y número de extranjería		
Discapacidad Incluir las discapacidades de salud o médicas	Marque las que correspondan:	
	Proveedor de Seguro de salud	

	Medicaid	
	Medicare	
	Exención de Medicaid:	
	Exención de Medicaid: Exención por edad e incapacidad	
	Exención por discapacidad de desarrollo	
	Coordinador de servicios	
	Nombre	
	Agencia	
	Teléfono	

Solicitud de Servicio y Dispositivos

Hospedaje-marque todas las que correspondan	Marque los servicios que usted haya recibido								
<p>Dueño de casa Arrendatario</p> <p>Casa móvil Cimiento permanente</p> <p>Hogar Geriátrico</p> <p>Hogar de acogida/familia adulta</p> <p>Casa grupal/residencia comunitaria</p> <p>Convivir con adulto/niños adultos</p> <p>Indigente</p> <p>Otro</p>	<p>Area Agency on Aging</p> <p>Assistive Technology Partnership</p> <p>Commission for the Blind and Visually Impaired</p> <p>Commission for the Deaf and Hard of Hearing</p> <p>Department of Health and Human Services</p> <p style="padding-left: 20px;">Aid to Aged, Blind and Disabled</p> <p style="padding-left: 20px;">Disabled Persons and Family Support</p> <p style="padding-left: 20px;">Medically Handicapped Children Program</p> <p style="padding-left: 20px;">Social Services Block Grant</p> <p>Hotline for Disability Services</p> <p>Housing and Urban Development/Section 203</p> <p>Independent Living Center</p> <p>League of Human Dignity-Barrier Removal Program</p> <p>Nebraska VR (Vocational Rehabilitation)</p> <p>Rural Development, Section 502 and 504</p> <p>United Cerebral Palsy of Nebraska</p> <p>Impermeabilización</p> <p>Otro</p>								
<p>Servicios y equipos necesitados</p> <p>Modificaciones del:</p> <p style="padding-left: 20px;">Baño</p> <p style="padding-left: 20px;">Entrada</p> <p style="padding-left: 20px;">Equipo/Dispositivos de Asistencia</p> <p style="padding-left: 20px;">Modificación del Auto</p> <p style="padding-left: 20px;">Título en el nombre del solicitante</p> <p style="padding-left: 20px;">Otro</p>	<p>Gastos extras mensuales relacionados con la discapacidad (medicación, cuentas relacionadas con la salud, equipo especial):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 70%;">Gasto</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Gasto	Cantidad	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gasto	Cantidad								
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								

Solicitud de Servicio y Dispositivos

Información financiera

Enliste la cantidad de ingreso que usted recibe de cada una de las fuentes de las siguientes fuentes. Adultos solteros (19 años o mayores sin niños) deberán listar solamente su ingreso. Las familias deberán listar ingreso de pareja o ingreso de todos los adultos, incluyendo el salario de niños entre 14 y 18 años.

Ingreso Bruto (antes de deducciones)	Cantidad	Con qué frecuencia lo recibe	Quién lo recibe
Salarios, tiempo extra, bonos, comisiones, etc.			
Trabajo por cuenta propia (use IRS 1040 actual)			
Intereses de dividendos, ingreso por inversiones, ganancias de capital			
Seguro Social por Discapacidad			
Ingreso por Seguro Social (SSI)			
Seguro Social por Jubilación			
Beneficios para Veteranos			
Pensiones			
Jubilación, Cuentas Keogh, planes de pensiones (IRAs), etc.			
Herencia, patrimonio, fondos fiduciarios, etc.			
Ayuda por Edad, Ceguera, y Discapacidad (Cheque complementario estatal)			
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)			
Pensión conyugal/Pensión alimenticia			
Compensación (trabajadores y desempleados)			
Ingreso por renta			
Otro (complemento de seguro, ganancias de lotería)		Describa	

Activos

Enliste todos los activos (ej. efectivos, cuentas bancarias, acciones, bonos, seguros de vida, certificados de depósito, tierra de cultivo, etc.

Tipo	Cantidad

Miembros del hogar

Nombre	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Incapacitado

Solicitud de Servicio y Dispositivos

Formulario de Divulgación/Acuerdo

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y completa.

Entiendo que cuando ocurran cambios en la información proporcionada, necesito informarlas inmediatamente a la agencia/agencias que me ayudan con esta solicitud.

Entiendo que tengo el derecho de apelar si no estoy satisfecho con la acción de la agencia.

Entiendo que este es un formulario de múltiples agencias. Las agencias/programas alistados abajo se pueden contactar entre sí para determinar mi elegibilidad financiera para sus programas y pueden verificar mi necesidad de apoyo para el cuál hago la solicitud. Autorizo la divulgación de esta información para ser usada por referidos/ servicios para los cuales se determine que soy elegible. Es mi entendimiento que esta información se mantenga confidencial por todos aquellos alistados en la parte inferior.

Client Assistance Program

Disability Rights Nebraska

Easterseals Nebraska

Hotline for Disability Services

Independent Living Centers

iCanConnect

League of Human Dignity

Muscular Dystrophy Association

Nebraska Assistive Technology Partnership

Nebraska Commission for the Blind and Visually Impaired

Nebraska Commission for the Deaf and Hard of Hearing

Nebraska Department of Health and Human Services

Nebraska Housing Developers

Nebraska VR

Project Houseworks

Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

The Arc of Nebraska

United Cerebral Palsy of Nebraska

US Department of Agriculture (USDA)

Programas para Veteranos

Otro:

La información se puede divulgar y compartir en mi nombre con estos miembros de la familia y personas:

Étnia/raza (por favor marque)

La siguiente información es solicitada solamente para propósito de informe Federal. Su respuesta es opcional y no afectará la determinación de su elegibilidad. Se agradece su ayuda.

Blanco (no-Hispano)	Negro (no-Hispano)	Indio Americano/Nativo de Alaska
Asiático/Islas del Pacífico	Latino	Multi-Racial

Otro

Por la presente certifico que mi respuesta y la información proporcionada en este formulario y cualquier solicitud relacionada para beneficios públicos es verdadera, completa y exacta, y entiendo que esta información, puede usarse para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

Firme del solicitante o guardián

Fecha

Envíe la solicitud a:

Assistive Technology Partnership
 PO Box 94987, Lincoln, NE 68509-4987
 atp.funding@nebraska.gov

Preguntas y más información:

(402) 471-0734
 (877) 713-4002

Solicitud y divulgación válidas por un año desde la fecha de la firma.