

## **Servicios de Financiamiento**

Los fondos para el costo de modificaciones en el hogar, tecnología o servicios que necesitan los consumidores que sufren una discapacidad son proporcionados por numerosos programas. Las instrucciones y los requisitos de elegibilidad de esos programas varían ampliamente y son a menudo pasados por alto como recursos potenciales para aquellos que no están familiarizados con la forma de tener acceso a los mismos.

El especialista de Recursos de la Asociación de Asistencia Tecnológica investigará los diferentes programas en todo el estado para determinar la posible elegibilidad para asistencia financiera de un individuo.

---

## **El Proceso**

1. Complete el formulario de solicitud adjunto. Es utilizado para recopilar información sobre los servicios y/o dispositivos necesarios.
2. Envíe el formulario completo y firmado a:

**Assistive Technology Partnership  
3901 N. 27th Street, Suite 5  
Lincoln, NE 68521**

*\* Este formulario puede ser completado sólo con el fin de ser impreso. Este formulario puede ser completado e impreso; Sin embargo, este formulario no puede ser presentado vía electrónica y toda la información agregada a este formulario no puede ser guardada \**

3. El Especialista de Recursos usará la información de la solicitud para identificar el o los programa(s) que son potenciales recursos para cubrir o complementar el costo de la tecnología o de los servicios que necesita el solicitante.
  4. El solicitante será notificado sobre su elegibilidad, y cualquier referido necesario será enviado al especialista, programa o servicio adecuado. Este proceso toma alrededor de dos semanas, pero en algunos casos puede tomar más tiempo.
  5. El formulario de solicitud y divulgación es válido por una duración de un año desde la fecha de su firma.
- 

**Favor notar:** Debido a que los fondos son limitados, la elegibilidad no siempre garantiza que los fondos estarán disponibles.

**Para más información sobre financiamiento, llamar:  
Assistive Technology Partnership  
Línea Gratuita 888.806.6287**

Solicitud de Servicio y Dispositivo (Formulario Multi-institucional)

Fecha \_\_\_\_\_

**Información del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Apellido                      Primer Nombre                      Inicial del 2do Nombre**

Masculino     Femenino

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

Fecha de Nacimiento

**Certificación de Ciudadanía Estadounidense**

Con el propósito de cumplir con Neb. Rev. State. §§ 4-108 hasta 4-114, yo certifico lo siguiente:

Yo soy ciudadano de los Estados Unidos

Soy un extranjero elegible bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad federal, mi estatus migratorio y número de residencia son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal

\_\_\_\_\_  
Condado

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono Residencial

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular/Teléfono del Trabajo

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

**Persona que completa el formulario**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el Solicitante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

Permiso otorgado por el solicitante para que las agencias se comuniquen con la persona que lo esté ayudando con el formulario  
\_\_\_\_ Iniciales del solicitante

**Fuente de Referencia (si aplica)**

\_\_\_\_\_  
Agencia/Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

**Coordinador de Servicios**

\_\_\_\_\_  
Nombre/Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Discapacidad

¿Qué servicios o dispositivos está solicitando que le ayudaría a mantener sus actividades diarias seguras e independientes?

Servicios/Dispositivos	Costo Estimado

Otros Servicios y Dispositivos Solicitados	Costo Estimado
<input type="checkbox"/> Modificaciones en el Hogar	
<input type="checkbox"/> Asistente Personal	
<input type="checkbox"/> Servicios de Limpieza	
<input type="checkbox"/> Equipo Especial/Dispositivo de Ayuda	
<input type="checkbox"/> Transporte	
<input type="checkbox"/> Modificaciones al Vehículo* * Título del vehículo a nombre del solicitante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

### Vivienda (Marque todas las que apliquen)

- Propietario de Vivienda
- Inquilino
- Vivienda Móvil-zapata permanente     si     no
- Asilo de ancianos
- Hogar Temporal/hogar familiar de adultos
- Vivienda de Grupo/residencia comunitaria
- Viven con adultos/niños adultos
- Sin hogar
- Otro \_\_\_\_\_

### Asistencia Comunitaria Recibida

(Marque todos los que apliquen)

- Liga de Dignidad Humana/Programa de Eliminación de Barrera.
- Desarrollo de Vivienda y Urbano/Sección 203
- Creando Viviendas Accesibles (MHA)
- Desarrollo Rural, Sección 502
- Desarrollo Rural, Sección 504
- Climatización

### Seguro Medico

- Si                       No                       Pendiente

- Póliza de Seguro Medico

Especifique \_\_\_\_\_

- Medicaid/Asistencia Médica

- Medicare

### Estatus de Veterano

¿Es usted un Veterano?

- si     no

### Asistencia

Marque cualquiera de los siguientes que le hayan proporcionado asistencia durante el pasado año:

- Agencia para Ancianos del Área
- Línea Directa de Servicios de Discapacidad
- Centro de Vida Independiente
- Asociación de Servicios Tecnológicos de Nebraska
- Comisión de Ciegos y Discapacitados Visuales de Nebraska
- Comisión de Sordos y Personas con Dificultades Auditivas de Nebraska
- Servicios de Salud y Humanos de Nebraska
  - Ayuda a Ancianos, Ciegos y Discapacitados
  - Discapacidades del Desarrollo
  - Apoyo a Personas Minusválidas y a la Familia
  - Exención de Medicaid
  - Programa de Niños Medicamento Discapacitados
  - Subvención en Bloque de Servicios Sociales
- Parálisis Cerebral Unida de Nebraska
- Nebraska VR (Rehabilitación Vocacional)
- Otro \_\_\_\_\_

**Gastos Relacionados con la Discapacidad** (por ejemplo, medicamentos, gastos médicos, transportación, equipos especiales)

**Cantidad**


### Miembros del Hogar

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Custodia Estatal	Discapacitado

### Información Financiera

Enumere la cantidad de los ingresos que recibe de cada una de las fuentes enumeradas a continuación. Los adultos solteros (19 años de edad o más que no tienen hijos menores de edad) deben enumerar sólo sus ingresos. Las familias deben enumerar los ingresos de las parejas casadas o ingreso de todos los adultos, incluyendo los salarios de los niños de 14 a 18.

Ingreso Bruto (antes de las deducciones)	Cantidad	Frecuencia que lo recibe	Quien lo recibe
Salarios, horas extras, bonos, comisiones, etc.			
Empleo por cuenta propia (utilice el formulario actual del IRS 1040)			
Dividendos de intereses, dinero recibido de inversiones y ganancias de capital			
Seguro Social por Discapacidad			
Ingreso del Seguro Social (SSI)			
Seguro Social por Retiro			
Beneficios de Veteranos			
Pensiones			
Jubilación, Cuentas Keogh, IRA, etc.			
Herencias, propiedades, fondos fiduciarios, etc.			
Ayuda para Ancianos, Ciegos, Discapacitados (Cheque Suplementario del Estado)			
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)			
Pensión alimenticia / Manutención de Menores			
Compensación (trabajadores y desempleo)			
Ingreso de Alquiler			
Otros (prestaciones de seguro, ganancias de lotería) Favor describir			

### Bienes

Enumere todos los bienes (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas Corrientes, acciones, bonos, seguro de vida, certificados de depósito, campos agrícolas, etc.)

Tipo	Cantidad

## Formulario de Solicitud/Divulgación

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

Entiendo que cuando se observen cambios en la información proporcionada, tengo que informar de inmediato a la agencia / agencias que me están ayudando con esta solicitud.

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

Entiendo que este es un **formulario multi-institucional**. Las agencias/programas enumerados a continuación pueden ponerse en contacto entre sí para determinar mi elegibilidad financiera para sus programas, y pueden verificar mi necesidad de ayuda para las que he solicitado. Autorizo la divulgación de esta información para ser utilizada para los referidos/servicios para los que se determine que puedo ser elegible. Es mi entendimiento que esta información se mantendrá confidencial por todas las agencias enumeradas.

- Programa de Asistencia al Cliente
- Línea Directa de Servicios a Discapacitados
- Centros de Vida Independiente
- Asociación de Distrofia Muscular
- Derechos de los Discapacitados de Nebraska
- Asociación de Asistencia Tecnológica de Nebraska
- Asociación de Asistencia Tecnológica de Nebraska-Educación
- Nebraska ChildFind
- Comisión de Ciegos y Discapacitados Visuales de Nebraska
- Comisión de Sordos y Personas con Dificultades Auditivas de Nebraska
- Liga de Dignidad Humana
- FCC para el iCanPrograma Connect
- Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Nebraska
- Easter Seals Nebraska
- Departamento de Asuntos de Veteranos de Nebraska, Fondo de Ayuda a Veteranos de Nebraska
- Asociación de Desarrollo de Viviendas de Nebraska y Programa de Propietarios de Viviendas
- Centro Educativo para Veteranos Paralizados de America
- Reconstruyendo Juntos
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- El Arco de Nebraska
- Parálisis Cerebral Unida de Nebraska
- Departamento de Agricultura de E.U.A. (USDA)
- Nebraska VR
- Otro \_\_\_\_\_

La información puede ser divulgada y compartida en mi nombre con los siguientes miembros de mi familia e individuos:

---

---

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

Firma del solicitante (o tutor)

Fecha

El formulario de solicitud y divulgación es válido por un periodo de **un año** desde la fecha de la firma

### Origen Étnico/raza (favor marcar)

La siguiente información es solicitada para propósitos de informes federales solamente. Su respuesta es opcional y no afectará su determinación de elegibilidad. Agradeceríamos su colaboración proporcionando una respuesta.

- Blanco (no-hispano)    Negro (no hispano)    Indio Americano/Nativo de Alaska    Asiático / Islas de Pacifico  
 Latino    Multi-Racial    Otro \_\_\_\_\_

Envíe este formulario a: Assistive Technology Partnership  
3901 N. 27th Street, Suite 5  
Lincoln, NE 68521

Si usted tiene preguntas sobre este formulario, llame al:  
**Lincoln (402) 471-0734 o**  
**Línea Gratuita (888-806-6287)**