

## Formulario de identificación de personas sin hogar

Si no tiene hogar o corre el riesgo de quedarse sin hogar, puede enviar este formulario para solicitar asistencia y su plan de Heritage Health se pondrá en contacto con usted. La asistencia podría incluir ponerle en contacto con servicios de vivienda, alimentación, transporte y otros servicios disponibles para usted. También podría incluir ayuda adicional para encontrar proveedores y ayudar a sus proveedores a trabajar juntos.

El formulario puede ser completado por usted, su cuidador, un familiar o amigo, un representante autorizado, su proveedor de atención médica o proveedor de servicios para personas sin hogar.

**No está obligado a presentar este formulario. Su elegibilidad para Medicaid no se ve afectada de ninguna manera.**

Envíe el formulario completo a su plan de Heritage Health:

**Healthy Blue Nebraska**

Care Management Medically Complex  
PO Box 241238  
Omaha NE 68124

Fax: 1-844-464-9244

Email: [NECMReferral@healthybluene.com](mailto:NECMReferral@healthybluene.com)

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su plan Heritage Health:

**Healthy Blue Nebraska:** 1-833-388-1405 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Para información adicional: <https://dhhs.ne.gov/Pages/Medically-Complex.aspx>

Por favor, complete la siguiente información:

Nombre	ID de Medicaid (si lo sabe)
Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección	Dirección de correo electrónico

---

Por favor, describa su situación actual de vivienda

---

Entre los ejemplos de personas sin hogar se incluyen:

- No tener un lugar donde pasar la noche
- Dormir en un sofá de otra persona
- Vivir en moteles, hoteles o campamentos
- Vivir en refugios de emergencia o de transición, en casas de acogida o en otros alojamientos temporales
- Dormir en un automóvil.

Entre los ejemplos de riesgo de quedarse sin hogar se incluyen:

- Recibir un aviso de desalojo.
- Ser víctima de violencia doméstica
- Tener discapacidades o problemas de salud crónicos
- Tener problemas de salud mental o de uso de sustancias

---

Si alguien le ha ayudado a rellenar este formulario, por favor, facilite la siguiente información sobre esa persona:

Nombre	Relación con usted (si la tiene)
Teléfono	Dirección de correo electrónico
Dirección	Firma

---