



Referencias para el Programa 1915 (i)

Fecha _____

1. Seleccione el Programa

Únicamente Para Individuos con Lesión Cerebral Traumática o Lesión Cerebral Adquirida

- Adult Day Health
- Day Habilitation
- Residential Habilitation

2. Información del Beneficiario

Apellido _____ Nombre de pila _____ Inicial _____
 Fecha de Nacimiento _____ Medicaid ID _____
 Domicilio _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____
 Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____
 Correo Electrónico _____ Idioma de Preferencia _____

3. Representante Designado (si corresponde)

Nombre _____
 Domicilio _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____
 Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____
 Correo Electrónico _____

4. Información del Individuo Refiriendo

Nombre _____ Organización _____
 Domicilio _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____
 Numero de Contacto _____ Teléfono Celular _____
 Correo Electrónico _____

5. Documentos Requeridos (adjunte)

- Historial Físico de los últimos 6 meses
- Documentación de la prueba de TB de los últimos 12 meses
- Órdenes del Medico (Si corresponde)

Para Day Habilitation y Residential Habilitation Services- documentación médica firmada por un médico que indique una lesión cerebral traumática o una lesión cerebral adquirida.

6. Enviar Referencia

Se puede enviar un paquete de referencia completo, incluido este formulario y todos los documentos requeridos, a uno de los siguientes:

- Correo Electrónico: 1915i@nvha.nv.gov Fax: (775) 687-8724
- En Persona: 1210 S. Valley View Blvd., Ste. 104, Las Vegas, NV 89102

¿Preguntas? Llamar al (702) 668-4200