



Referencias para el Programa 1915(i)

1. Seleccione el Programa

- Cuidado para Adultos durante el día Únicamente Para Individuos con Lesión Cerebral Traumática o Lesión Cerebral Adquirida
 Habitación durante el día Habitación Residencial

2. Información del Beneficiario

Nombre _____ 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)

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@dhcfp.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.