IOWA | Health and Human Services

# Solicitud de Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

(¡Para beneficiarios actuales de Medicaid solamente!)

**Información del solicitante**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre, segundo nombre, apellido | | | |
| Dirección | | | Número de teléfono |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| Fecha de nacimiento | | Número de Seguro Social | |
| Número de caso | Ident. del estado | Ident./ Nombre de trabajador/a | |

Marque la(s) exención(es) que desea solicitar:

- ☐ **Exención por SIDA / VIH**
- ☐ **Exención por lesión cerebral (BI)**
- ☐ **Exención para adultos mayores (EW)**
- ☐ **Exención por salud y discapacidad (HD)**
- ☐ **Exención por discapacidad intelectual (ID)**
- ☐ **Exención por discapacidad física (PD)**
- ☐ **Exención por salud mental de menores (CMH)**

**Firma del solicitante o contacto (p.ej., padre/madre, agente autorizado (POA), tutor)** _____ **Fecha** _____

**Información de contacto**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre, segundo nombre, apellido<br>WAIVERTEAM APPS | | | |
| Dirección<br>417 E KANESVILLE BLVD | | | Número de teléfono<br>(877) 344-9628 |
| Ciudad<br>COUNCIL BLUFFS | Estado<br>IA | Código postal<br>51503-4469 | Condado<br>POTTAWATTAMIE |

Iowa Department of Health and Human Services
Facility and Waiver Eligibility Team - Imaging Center 1
417 E Kanesville BLVD
Council Bluffs, IA 51503
Fax: 515-564-4040
Email: facilities@hhs.iowa.gov