

CONSEJOS PARA AHORRAR TIEMPO

*Ayúdenos a ayudarle
a USTED a reducir su
tiempo de espera!*



1 Cuando solicite o renueve sus beneficios, por favor, use la solicitud en línea en www.healthearizonaplus.gov o llame al 1-855-432-7587.

2 Cuando necesite una entrevista, por favor, llame al 1-855-777-8590 para entrevistarse por teléfono.

Cuando tenga su entrevista, por favor, tenga la información siguiente con usted:

1) Prueba de identidad (una de la lista a continuación) y para los solicitantes inmigrantes (verificación de su estado de extranjero):

**Visa Licencia de manejar
Credencial de identificación del estado**

Vea la páginas 11-12 para las declaraciones de USDA/EOE/ADA

Acta de nacimiento
Pasaporte estadounidense
Otra identificación
Tarjeta de residente extranjero
(tarjeta de residencia permanente legal, tarjeta de registro de votante, certificado de naturalización, tarjeta de autorización de empleo y documentos de viaje para refugiados I-94, etc.)

2) Ingresos ganados:

Indique los ingresos ganados en los últimos 30 días o más de todas las fuentes de empleo, para todas las personas del hogar. Las pruebas incluyen:

Copia(s) de talón(es) de pago(s) recibido(s) en los últimos 30 días

Una declaración que muestra todos/todas:

propinas

comisiones

bonos

paga por horas extras

**Empleo autónomo (*trabaja por cuenta propia, como un contratista independiente, determina su propio horario, usa sus propias herramientas.*) Proporcione todos los ingresos de los últimos 12 meses (a menos que el negocio tenga menos de 12 meses operando). Necesitará recibos para comprobar los gastos (lo que le cuesta de llevar a cabo su negocio. Una declaración del empleador o de la organización que muestre la cantidad bruta de ingresos de los últimos 30 días
Una declaración del empleador que muestre las cantidades mínima y máxima de horas trabajadas, si las horas variaran de cheque en cheque
Prueba de empleo terminado – deberá incluir el último día trabajado, el último día que le pagaron, y la cantidad bruta**

3) Prueba de ingresos (que no sean de empleo) para todas las personas del

hogar:

Carta de adjudicación del Seguro Social

Sustento para menores (*talones de cheques, copia impresa*)

Carta de adjudicación de Administración de Veteranos

Regalos o préstamos que se reciben

Declaración de impuestos federales (*todos los anexos y formularios*)

Compensación laboral (*carta de adjudicación y talones de cheque*)

Seguro por discapacidad temporal (TDI)

4) Prueba de residencia de Arizona y costos de vivienda:

Recibos de alquiler (renta) o hipoteca

Explicación por escrito de cualquier costo compartido de vivienda (*Compañero de vivienda, parientes, etc.*)

Contrato de arrendamiento o declaración del propietario

**Facturas de servicios públicos
(gas, petróleo, electricidad, agua,
basura, teléfono)**

Seguro de propietario o inquilino

Al renovar estos sólo se necesitan si ha habido un cambio desde su última entrevista o Contacto en el punto Medio de la Aprobación.

5) Si tiene más de 59 años o está discapacitado, prueba de gastos médicos no cubiertos por el seguro de salud en los últimos 90 días:

Recetas

Copagos

Centros médicos con recargo

Recibos del seguro

Facturas médicas

Millas de viaje a los servicios médicos

**6) Si otra persona cuida a su niño mientras usted trabaja, prueba de los costos de cuidado de niños para cada niño durante los últimos 30 días.
¿Transporta usted a tal menor de ida y/o de vuelta al sitio de guardería?**

7) Tarjeta de seguro social, o prueba de que se ha presentado y enviado una solicitud.

INFORMACIÓN ÚTIL

8) Prueba de discapacidad:

Carta del Seguro Social

Una carta completa de su doctor

Carta de la Administración de

Veteranos

9) Prueba de la obligación legal y de pago del sustento para menores ordenado por el tribunal:

Proporcione un dato de cada columna:

**Orden del tribunal
División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas en inglés)**

**Cartas de adjudicación de SSA
Cheques cancelados
Copias de giros postales (Money Order)**

Healthcare Marketplace:
1-800-318-2596 • www.healthcare.gov

Administración del Seguro Social:
1-800-772-1213 •
www.socialsecurity.gov

Número TTY para la Administración del Seguro Social: 1-800-325-0778

Para CUALQUIER pregunta con respecto a su caso o ayuda con su nombre de usuario o contraseña de HEAplus, favor de llamar al 1-855-432-7587.

Puede solicitar beneficios o informar de cambios en:
www.healthearizonaplus.gov

CÓMO CREAR SU...

NOMBRE DE USUARIO:

Cuando solicita beneficios mediante HEAplus, usted ingresará su nombre, dirección, ciudad, estado, dirección de correo electrónico, etc.

También le pedirán que “Cree su nombre de usuario” y lo mejor es crear un nombre de usuario que sea único y

fácil de recordar.

Aunque nunca recomendamos escribir su nombre de usuario y contraseña en la misma hoja de papel, la parte baja de este folleto puede utilizarse para escribir uno u otro. Asegúrese de leer el consejo en la nota al pie de esa sección.

NOTA: Si busca sugerencias generales sobre la creación de un nombre de usuario para las interacciones comerciales, encontramos las siguientes ideas compartidas en varios sitios web:

- No use exactamente el mismo nombre de usuario en diferentes cuentas de sitios web.**
- Recuerde que el nombre de usuario representa quién es usted para los demás.**
- Evite usar cualquier información de identificación personal, como su nombre y apellido o su fecha de nacimiento. Es especialmente importante no usar su apellido.**

Puede usar su segundo nombre si no es muy conocido y deletrearlo al revés.

- No revele su edad o ubicación.**
- Evite ofender a las otras personas.**
- Combine el nombre de una mascota favorita con el nombre de un lugar que le gustaría visitar, tal como Woofie Grand Canyon o considere sus intereses:**

Si le encanta visitar un lago local, averigüe el nombre de las flores que crecen allí, y úselo para el nombre de usuario.

Por ejemplo: Pleasant Lake girasoles.

O si le gusta ver fútbol, use el nombre de su equipo favorito con el nombre de un jugador actual.

- Use una frase que tenga significado para usted: "*Me encantan los helados.*"**
- Manténgalo limpio: No use palabras inapropiadas.**

- ✓ **Use un guion o guion bajo entre algunas palabras: (- o _)**
-

CONTRASEÑA:

- ✓ **Su contraseña tiene que ser de ocho o más caracteres. Sin repetición de caracteres (por ejemplo: 00 o 22).**
- ✓ **Sin repetición de pares de caracteres (por ejemplo: oxox o 2424).**
- ✓ **Use por lo menos un número.**
- ✓ **Use por lo menos un carácter especial (tal como: !, @, #, \$, (, %,), &, *).**
- ✓ **Use una combinación de letras mayúsculas y minúsculas (use por lo menos una letra mayúscula).**
- ✓ **La contraseña no debe tener espacios en blanco.**

IMPORTANTE

Si elige escribir su información en los espacios de a continuación, guarde esta información en un lugar seguro.

de ID de la solicitud:

de Caso: _____

Nombre de usuario: _____

Q Contraseña: _____

NOTA: Usted es el único responsable del uso y protección adecuada de su nombre de usuario y contraseña, y deberá tomar precauciones para prevenir su pérdida (incluso la pérdida de este folleto si escribe su información en los espacios) y/o el uso no autorizado. Usted acepta que el Estado de Arizona, el Department of Economic Security y AHCCCS no son responsables y están libres de cualquier reclamo, pérdida, responsabilidad, costos o gastos que surjan de tales pérdidas o usos no autorizados.

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades

- **Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades**
- **Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles**

de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.