

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

ID de solicitud HEAplus: _____ Fecha de solicitud _____

**ARRANQUE Y CONSERVE LAS PÁGINAS F Y G PARA SUS EXPEDIENTES.
Este documento se utiliza para satisfacer el requisito de firma del ID de solicitud
HEAplus arriba identificado cuando la solicitud no se puede firmar electrónicamente.**

Firme la solicitud

La solicitud no es válida hasta que se firme. Todos los adultos no relacionados sin un menor en común deben firmar la solicitud. De lo contrario, la solicitud tiene que ser firmada por uno de los siguientes:

- El solicitante o el designado del solicitante (debemos tener documentación indicando que esta persona está autorizada a actuar en nombre del solicitante); o
- El/la cónyuge del solicitante, si está casado/a y vive en el mismo hogar; o
- El padre o tutor legal de un menor de edad.

Advertencia de Sanción

La información proporcionada en este formulario puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales. Si alguna información es errónea, se le pueden denegar los beneficios.

- Usted no tiene que ocultar o dar información falsa a sabiendas con la intención de recibir o continuar a recibir beneficios del DES y/o AHCCCS a los cuales no tiene derecho.
- Se le requerirá reembolsarle al DES y/o AHCCCS cualquier beneficio que usted recibe como resultado de ocultar o dar información falsa y estará sujeto a proceso penal.
- Es un fraude que cualquier persona oculte información a sabiendas con la intención de recibir o continuar a recibir beneficios a los cuales no tienen derecho. Cualquier persona declarada culpable de fraude puede estar sujeta a multas, proceso penal, encarcelamiento u otras sanciones conforme a las leyes Estatales y Federales.

Divulgación de información

Autorizo al DES y/o AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer elegibilidad y la exactitud de información financiera relacionada a la elegibilidad.

Asignación de derechos a otros beneficios para el cuidado médico

Entiendo que si yo o miembros de mi hogar recibimos aprobación para beneficios del DES y/o AHCCCS, el DES y/o AHCCCS pueden cobrarle el pago a cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar por mis/nuestros costos de salud. Esto incluye:

- Seguro de salud privado o patrocinado por el empleador (sin incluir Medicare)
- Personas, tales como cónyuge o padre ausente, que tienen la responsabilidad legal de proporcionar apoyo médico
- Seguro de discapacidad privado o patrocinado por el empleador
- Seguro de accidente privado o patrocinado por el empleador
- Reclamaciones de seguro, compensaciones del jurado o acuerdos legales por lesiones

Entiendo que el DES y/o AHCCCS no pueden cobrar más que los costos pagados por el DES y/o AHCCCS. También entiendo que tengo que dar información sobre otras partes responsables y tomar cualquier acción necesaria para recibir apoyo médico. Esto incluye establecer la paternidad para mis hijos, a menos que yo pueda probar causa justa para no hacerlo.

Entiendo que el DES y/o AHCCCS y/o sus contratistas divulgan información a la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas en inglés) del DES, para un padre de un menor que no vive en el hogar y el menor tiene AHCCCS o seguro de salud privado. La DCSS puede usar esta información para obtener una orden de apoyo médico.

Asignación de derechos a otros beneficios para la Asistencia en Efectivo

Las leyes estatales y federales (A.R.S. 46-407) disponen que los derechos legales de sustento para menores y pensión conyugal tienen que asignarse al Estado de Arizona para todas las personas que reciben Asistencia en Efectivo. Entiendo que:

- Mientras recibe Asistencia en Efectivo, el Estado tiene el derecho a mantener las cobranzas del sustento para menores y pensión conyugal, incluyendo sustento o pensión conyugal que se debía mientras se pagó Asistencia en Efectivo.
- Cuando se suspende la Asistencia en Efectivo, se me pagarán los pagos de sustento actuales. El estado puede continuar a cobrar cualquier pago para sustento asignado atrasado (atrasos asignados) que se debía antes y durante el tiempo en que recibí Asistencia en Efectivo.
- Los pagos de sustento para menores se utilizarán para pagarle al Estado por la Asistencia en Efectivo pagada a mí o a alguien en mi solicitud.
- El Estado no mantendrá más de mi sustento actual o atrasos asignados cobrados que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.
- También, el Estado no mantendrá cualquier atraso que sea mayor que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.

Declaración de la verdad

Al firmar esta solicitud:

- Acepto que he leído y entiendo las reglas y las sanciones en la página G y mis derechos y responsabilidades en la página F (vea lo adjunto). También he proporcionado los números de Seguro Social para cada solicitante que tiene un número de Seguro Social.
- Acepto que he leído y entiendo la asignación o los derechos a otros beneficios para Cuidado Médico arriba indicados.
- Acepto que he leído y entiendo la asignación de derechos de sustento para Asistencia en Efectivo arriba indicada.
- Estoy de acuerdo en que ciertos miembros del hogar que reciben Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo cooperarán con los programas de trabajo, lo que incluye buscar trabajo y aceptar capacitación y/o un trabajo. Si alguien no busca, ni buscará trabajo, no asiste a capacitación, ni acepta un trabajo, se pueden reducir o suspender mis beneficios.
- Estoy de acuerdo a cooperar con el personal de Arizona o Federal en la finalización de la revisión de control de calidad de mis derechos para recibir beneficios.
- En el caso de que el DES o sus agentes llevan a cabo actividades de ejecución de sustento para menores que me involucran, entiendo que el Subprocurador General y los Abogados de la Fiscalía del Condado se encargan de los casos representando al DES, y no a mi ni a mis niños.
- Si mi caso de sustento para menores va al tribunal, entiendo que cierta información personal que contiene esta solicitud o mis expedientes del DES pueden divulgarse al tribunal y a otras partes del caso y se convierte en un documento del registro público.
- También estoy de acuerdo en aceptar notificación de actos procesales por correo de primera clase sobre cualquier proceso judicial de paternidad o sustento para menores iniciados por el DES y sus agentes.
- Entiendo que mis expedientes se mantendrán confidenciales y sólo se divulgarán para fines autorizados por la ley federal y estatal.

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos proporcionados sobre mí y las personas en mi hogar, que se relacionan con mi elegibilidad para beneficios, son verdaderos y correctos a mi mejor saber, y que no he ocultado ninguna información. Juro bajo pena de perjurio que cualquier información fotocopiada que he proporcionado es la misma que los documentos originales.

Firma del solicitante: _____	Fecha _____
Firma del cónyuge: _____	Fecha _____
Firma de otro adulto en el hogar: _____	Fecha _____
Firma del representante autorizado: _____	Fecha _____
Firma de testigo (si firmó con una marca): _____	Fecha _____

Representante autorizado

Esta sección es OPCIONAL. Usted puede autorizar a otra persona para que lo represente en el proceso de solicitud. El DES y/o AHCCCS no pueden divulgar ninguna información sobre su elegibilidad sin su consentimiento por escrito.

Nombre del representante: _____

¿Es el representante su tutor legal? Sí No

Dirección postal del representante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono del representante: _____

Este número es: Hogar Celular Trabajo Mensaje Otro: _____

Otro número de teléfono del representante: _____

Este número es: Hogar Celular Trabajo Mensaje Otro: _____

¿Cuál es el idioma que prefiere HABLAR el representante? Inglés Español Otro: _____

¿Cuál es el idioma ESCRITO que prefiere el representante? Inglés Español Otro: _____

A mi representante le gustaría recibir información sobre esta solicitud por:

Correo electrónico: Sí No Dirección de correo electrónico: _____

Texto: Sí No Número para recibir texto (se aplican las tarifas estándares para textos): _____

Si no marca 'Sí' para correo electrónico o texto, toda la información de esta solicitud se enviará por el correo de los E.U.A. a la dirección postal proporcionada.

Al firmar a continuación, yo, el cliente, doy permiso a la persona arriba mencionada para que actúe en mi nombre en el proceso de determinación de mis derechos para recibir Asistencia Médica de AHCCCS, ayudarme con los costos de Medicare, Asistencia Alimentaria, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis. Por lo tanto:

- Doy permiso para que mi representante llene y firme mi solicitud.
- Doy permiso para que mi representante proporcione cualquier documento solicitado, incluyendo información personal.
- Doy permiso para que mi representante firme en mi nombre para permitir que otras personas, negocios, o agencias divulguen información personal sobre mí al DES y/o AHCCCS, incluyendo información protegida de salud necesitada para determinar si estoy discapacitado.
- Estoy de acuerdo en divulgar información sobre mis circunstancias personales a mi representante.
- Estoy de acuerdo en permitir que mi representante le asigne todos mis derechos a reclamaciones de reembolsos médicos al AHCCCS en mi nombre.

Al firmar a continuación, yo, el representante, estoy de acuerdo en actuar en nombre del cliente. También estoy de acuerdo en:

- Proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio.
- Llenar y firmar los formularios necesarios.
- Obtener y divulgar al DES y/o AHCCCS toda la información necesaria para determinar si el cliente tiene derecho a la ayuda con costos de cuidados de salud, ayuda con costos de Medicare, Asistencia Alimentaria, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como el número de Seguro Social, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el cónyuge del cliente, niños menores de edad y padres (si el cliente es un niño menor de edad) del cliente.
- Informarle al DES y/o AHCCCS de inmediato si el cliente:
 - Tiene un aumento o disminución de ingresos;
 - Tiene un aumento o disminución de bienes;
 - Cambia la propiedad de los bienes, incluyendo apertura o cierre de cuentas financieras;
 - Cambia de dirección; o
 - Tiene un cambio en el seguro de salud o en la cantidad de primas pagadas.

Si se determina que tengo derecho, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le informemos que suspendan la autorización. Esta autorización se vencerá cuando mi solicitud de asistencia se retira o se deniega, o cuando se termina mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continuará mientras estoy impugnando mis derechos en una audiencia administrativa o un proceso judicial.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

Firma del representante: _____ Fecha _____

Inscripción de votantes

Díganos si a alguna persona mayor de 18 años de edad anotada en esta solicitud le gustaría inscribirse para votar. En caso afirmativo, le enviaremos por correo un formulario de inscripción de votante.

También puede tener acceso a un formulario para inscripción de votantes al visitar www.azsos.gov/election/voterinformation.htm. Si le gustaría tener ayuda para llenar el formulario para inscripción de votantes, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario en privado. Su respuesta a esta pregunta no afectará a los programas para los que usted tiene elegibilidad.

¿Desea alguna persona mayor de 18 años en esta solicitud inscribirse para votar?

Sí No Ya está inscrita para votar

Si no se marca Sí, se considerará que todas las personas mayores de 18 años en esta solicitud han decidido no inscribirse para votar en este momento.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a declinar a inscribirse para votar, su derecho a privacidad al decidir si se inscribe para votar, o su derecho a escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja a:

State Election Director
Secretary of State's Office
1700 West Washington
Phoenix, AZ 85007
602-542-8683

¿Qué se espera de mí?

Para todos los programas:

- Usted debe proporcionarle al DES y/o AHCCCS la información necesaria para determinar correctamente sus derechos y autorizar al DES y/o AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para confirmar la exactitud de la información para su elegibilidad.
- Si usted está aprobada para beneficios, recibirá una carta explicándole los que cambios tiene que informar. Usted TIENE que informar sus cambios oportunamente.

Expectativas específicas de los programas:

Si solicita ayuda con Asistencia Médica de AHCCCS, ayuda con costos de Medicare, y/o Asistencia en Efectivo, usted tiene que tomar las medidas necesarias para obtener cualquier anualidad, pensiones, jubilación y beneficios de discapacidad a los que usted pueda tener derecho, incluyendo, pero sin limitarse a, beneficios del Seguro Social, jubilación Ferroviaria, beneficios de Veteranos y compensación por desempleo.

Para Asistencia Médica de AHCCCS y/o Asistencia en Efectivo, usted tiene que darnos cualquier información que tenga sobre un padre ausente. Si usted tiene alguna razón para no divulgar esta información (tal como adopción pendiente, abuso, incesto, negligencia, etc.) usted puede reclamar causa justa. Usted tiene que cooperar con la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) para establecer paternidad, a menos que usted pueda probar causa justa.

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene DERECHO a:

- Tratamiento cortés y profesional.
- Ser tratado de manera justa y equitativa independientemente de su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas.
- Solicitar beneficios y recibir una carta diciéndole si usted tiene elegibilidad o no, y/o recibe una carta antes de que sus beneficios sean reducidos o suspendidos.
- Revisar los manuales de política del DES y AHCCCS que muestran los reglamentos y normas de Asistencia Médica de AHCCS, Programa de Ahorros de Medicare, Asistencia Alimentaria, Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis si desea saber la razón de nuestra decisión.
- Hablar sobre su caso con un trabajador o supervisor.
- Que toda la información que usted divulga sobre su elegibilidad se mantenga confidencial de acuerdo a las leyes estatales y federales.
- Pedir una audiencia justa si usted no está de acuerdo cuando se le deniega su solicitud, se le suspenden sus beneficios, o se le reducen, o si no se toma una decisión sobre su solicitud dentro de la cantidad de días permitida y el atraso se debe al DES o AHCCCS.
- Ver su expediente antes de una audiencia justa.
- Traer a un abogado o a cualquier otra persona a una audiencia justa

Para presentar una denuncia por discriminación, comuníquese con:

USDA, Director
Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voice and TDD)

Attention: Regional Manager
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights/Region IX
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
1-800-368-1019 (voice)
1-415-437-8311 (TDD)

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.

¿Cuáles son las reglas y las sanciones?

Si usted, su representante o cualquier miembro de su hogar oculta información o divulga información falsa con el propósito de obtener o continuar a obtener beneficios de Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo a los que usted no tiene derecho a, esa persona estará sujeta a:

- Acción penal
- Multas
- Encarcelamiento
- Otras sanciones conforme a las leyes estatales y federales

Si usted obtiene Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo, usted tiene que obedecer las siguientes reglas:

- No hacer declaraciones falsas u ocultar información. Si usted no dice la verdad, tendrá que reembolsarle al DES los beneficios que obtiene y puede ser llevado a los tribunales.
- No hacer nada deshonesto para obtener beneficios a los que usted no tiene derecho.
- No comprar, vender, comerciar, intercambiar o transferir de otro modo los beneficios de Asistencia Alimentaria o tarjeta EBT suyos o de otra persona.
- No comprar recipientes con depósitos para el fin de descartar el producto y devolver los recipientes para obtener depósitos de reembolso de dinero en efectivo.
- No vender los productos comprados con los beneficios de Asistencia Alimentaria para cambiarlos por dinero en efectivo u otros artículos que no sean alimentos permitidos.
- No comprar productos comprados originalmente con beneficios de Asistencia Alimentaria para intercambiar esos productos por dinero en efectivo o artículos que no sean alimentos permitidos.
- No robar beneficios de Asistencia Alimentaria o Asistencia en Efectivo.
- No usar beneficios de Asistencia Alimentaria para comprar artículos que no son alimentos, tales como alcohol y tabaco.
- No alterar una tarjeta EBT.
- No usar la tarjeta EBT de otra persona a menos que usted sea un usuario autorizado aprobado por el DES.

Si usted no cumple las reglas a sabiendas y obtiene beneficios de Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo, lo descalificaremos de obtener beneficios por:

- 12 meses por la primera infracción
- 24 meses por la segunda infracción
- Permanentemente por la tercera infracción

Usted o un miembro de su hogar no tienen derecho a beneficios de Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo si usted o el miembro de su hogar:

- Es un criminal que se ha fugado o está infringiendo en su régimen probatorio o libertad condicional.
- Ha sido encontrado culpable de usar o de obtener beneficios de Asistencia Alimentaria en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos. Esta persona nunca podrá volver a recibir beneficios de Asistencia Alimentaria.
- Ha sido encontrado culpable de usar o de obtener beneficios de Asistencia Alimentaria en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada. Esta persona no tiene derecho a obtener beneficios de Asistencia Alimentaria por 2 años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- Ha cometido y ha sido condenado por un delito federal o estatal el o después del 23 de agosto de 1996 por la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada.
- Un tribunal de justicia lo ha encontrado culpable de haber divulgado información falsa de identificación o residencia para poder obtener beneficios en más de un caso. Esta persona no tiene derecho a recibir beneficios por 10 años.
- Se niega a firmar y cumplir con el Acuerdo de Responsabilidad Personal (PRA por sus siglas en inglés). Le damos el PRA durante el proceso de la entrevista.
- Es un adulto destinatario (18 años o más) de Asistencia en Efectivo cuando cualquiera de lo siguiente aplica:
 - El destinatario no devuelve la Declaración de Uso de Drogas Ilegales. Enviamos la Declaración de Uso de Drogas Ilegales por el correo de los E.E. U.U. después de que aprobamos la Asistencia en Efectivo.
 - El destinatario no toma un examen de drogas requerido.

Lleve esta página consigo para sus expedientes.

- El destinatario no pasa el examen de drogas.

Usted tiene que reembolsarle al DES cualquier beneficio de Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo que usted recibió y para el que su hogar no tenía elegibilidad. Usted puede llegar a un acuerdo de pagos. Si usted no cumple con el acuerdo de pagos, podemos reducir sus beneficios de Asistencia Alimentaria y/o Asistencia en Efectivo, tomar sus reembolsos de los impuestos sobre la renta, o tomar otra acción legal, incluyendo tomar cantidades de sus ingresos.

Las siguientes sanciones adicionales se aplican al Programa de Asistencia Alimenticia:

- Un tribunal puede ordenar una descalificación adicional de hasta 18 meses.
- Cualquier participante o miembro del hogar que hace declaraciones falsas u oculta información puede ser multado hasta \$250,000.00, encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas.
- Es posible que usted y/o los miembros de su hogar puedan estar sujetos a acción legal adicional bajo las leyes federales.