

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**.

**Vea la páginas 23-25
para las declaraciones de
USDA/EOE/ADA**

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**

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) Gastos médicos cuando una persona tiene 60 años o más, o tiene una discapacidad y los gastos médicos que salen de su bolsillo mensualmente son más de \$35:

Recetas

Co Payments

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:

Columna 1

**Orden del tribunal
División de Servicios
de Sustento para
Menores (DCSS por**

**sus siglas en inglés)
Columna 2
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: (- or _)**
-

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.

Esta entidad es un proveedor que brinda 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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual), 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.**

FAA-1513A FLYSXLP (7-23)