

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

Arizona Department of Economic Security  
Administración de Asistencia para Familias  
Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS)

## Solicitud de Beneficios

**Arranque y guarde para sus archivos las páginas A a la K.**

### ¿Para qué es esta solicitud?

Use esta solicitud para ver si usted y los miembros de su hogar califican para:

- Seguro médico gratuito o de bajo costo de AHCCCS Medical Assistance
- Ayuda con sus costos de Medicare
- Asistencia nutricional/SNAP (anteriormente “Cupones para alimentos”)
- Asistencia en Efectivo/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)
- Control de Tuberculosis
- Un crédito fiscal que puede ayudarlo a pagar las primas de su seguro médico.
- Esta solicitud puede utilizarse como:
  - Solicitud inicial para uno o más programas.
  - Solicitud de renovación para uno o más programas.
  - Informar sobre cambios.
  - Una combinación de todas las opciones anteriores.

Vea las páginas B y C para una descripción de cada programa.

### ¿Quién puede usar esta solicitud?

La solicitud puede llenarse por usted o cualquier persona que elija, quien sabe o puede obtener la información necesaria para llenar la solicitud para usted o los miembros de su hogar. Puede usar esta solicitud para solicitar por cualquier persona en su hogar, aunque ya reciban beneficios, incluso seguro médico.

Los miembros del hogar incluyen:

- Su cónyuge, si está casado
- Sus hijos menores de 22 años que viven con usted
- Su pareja que vive con usted (pero solo si tienen un hijo juntos que necesita seguro médico o asistencia en efectivo)
- Personas que declara en su declaración de impuestos sobre la renta, incluso si no viven con usted
- Familiares bajo su cuidado que sean menores de 19 años y vivan con usted
- Personas que vivan con usted que compren y preparan comida con usted

Si desea elegir a un representante que llene su solicitud, llene el formulario de Representante Autorizado en las páginas 3 y 4 de la solicitud.

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

### ¿Qué pasa si necesito ayuda?

IMPORTANTE: Para NA y CA, las solicitudes no son válidas y no se pueden utilizar sin una dirección donde se pueda entregar el correo. Cuando no tenga una dirección donde pueda recibir correo, hable con un trabajador antes de entregarnos esta solicitud para que podamos ayudarle.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, díganos. Si necesita un intérprete de idiomas o adaptaciones para una discapacidad, marque el tipo de ayuda que necesita en la página 2 de la solicitud.

En línea: [healthearizonaplus.gov](http://healthearizonaplus.gov)

Teléfono: 1-855-HEA-PLUS (432-7587)

En persona: Visite [des.az.gov/](http://des.az.gov/) para encontrar la oficina más cercana a usted.

### ¿En dónde más puedo solicitar?

Puede solicitar más rápido en línea al visitar [healthearizonaplus.gov](http://healthearizonaplus.gov).

También puede solicitar en persona en cualquier oficina de la Administración de Asistencia para Familias (FAA por sus siglas en inglés) del Departamento de Seguridad Económica (DES por sus siglas en inglés).

Puede encontrar una lista de las oficinas de FAA locales en <https://des.az.gov/> o al llamar a nuestro sistema de respuesta de voz interactivo las 24 horas del día al 1-855-HEAPLUS (432-7587).

### Address Requirements

Esta solicitud debe contener una dirección postal válida en la que pueda recibir correo. Las solicitudes sin una dirección donde se pueda recibir correo no son válidas y no se pueden utilizar.

Cuando no tenga una dirección para recibir correo, hable con un trabajador para que podamos ayudarle.

### Consideraciones sobre la Violencia Doméstica

Algunos requisitos del programa pueden ser difíciles o peligrosas para las víctimas o sobrevivientes de violencia doméstica, acoso sexual, agresión sexual, o acecho, y sus familias. Hable con su especialista de elegibilidad, para determinar si puede estar exento de estos requisitos.

**Toda la información que proporcione permanecerá confidencial según lo exige la ley.**

Las líneas de ayuda que se indican a continuación pueden proporcionar información sobre los recursos relacionados con la violencia sexual y doméstica disponibles en su comunidad. No pueden responder preguntas sobre su solicitud de beneficios de NA, CA o MA.

- Línea de ayuda de servicios de violencia sexual y Doméstica de Arizona – de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. de la tarde; y hasta las 7:00 p.m. de los martes. Puede llamarles al (602) 279-2980, 1-800-728-6400; o enviarles un mensaje de texto al (520) 720-3383
- Línea directa nacional contra la violencia doméstica – disponible las 24 horas del día – llame al 1-800-799-SAFE (7233) o para personas con dificultades para oír / TTY: 1-800-787-3224
- Línea directa nacional contra el asalto sexual – disponible las 24 horas – llame al: 1-800-656-HOPE (4673)

### ¿Por qué pedimos tanta información?

Le preguntamos sobre los ingresos y otra información para asegurarnos de que usted y los miembros de su hogar obtengan los beneficios correctos para su hogar.


**Toda la información que proporcione permanecerá confidencial según lo exige la ley.**


### ¿Qué ocurre después?

Envíe su solicitud firmada a la dirección en la página 28 o entréguela a su oficina del DES local. Si no tiene toda la información disponible, aún puede enviar su solicitud y le ayudaremos a obtener la demás información.


## Información de los programas:

Puede usar esta solicitud para solicitar uno o más programas. Cada programa tiene un símbolo. En la solicitud, busque el símbolo para el programa(s) al que desea solicitar y responda esas preguntas. Estos son los símbolos que verá en esta solicitud:

 = Costos de seguro médico (Asistencia Médica de AHCCCS, Programa de ahorros de Medicare, créditos fiscales)

 = Asistencia Nutricional

 = Asistencia en Efectivo

 = Control de Tuberculosis

## ¿Qué son los beneficios de Asistencia Nutricional?



Los beneficios de Asistencia Nutricional ayudan a familias o personas de bajos ingresos a comprar alimentos para tener una dieta más saludable. Si tiene poco o nada de dinero, es posible sea elegible para recibir beneficios de Asistencia Nutricional de Emergencia. Asegúrese de contestar las preguntas sobre los beneficios de Asistencia Nutricional de Emergencia en la página 4 de esta solicitud. Si califica para recibir beneficios de Asistencia Nutricional de Emergencia, Usted puede obtenerlos dentro de 7 días desde la fecha de solicitud.

## ¿Qué es la Asistencia en Efectivo?



La Asistencia en Efectivo proporciona beneficios provisionales de dinero en efectivo a las familias de bajos ingresos. Pueden ser elegibles los padres o parientes de menores dependientes que estén bajo su cuidado.

## ¿Qué es el Control de Tuberculosis?



El Control de Tuberculosis proporciona apoyo de dinero en efectivo a las personas que el Departamento de Servicios de Salud declare que no puedan trabajar a causa de tener Tuberculosis contagiosa.

## ¿Qué es la Asistencia Médica de AHCCCS?



AHCCCS son las siglas en inglés del Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona y es el programa de Medicaid del Estado de Arizona. AHCCCS puede proporcionar beneficios médicos y ayudar con los costos de Medicare a los residentes de Arizona que cumplan con ciertos requisitos de ingresos y otros estándares de elegibilidad. Asistencia Médica de AHCCCS cubre los siguientes servicios médicos:

- Medicamentos de receta\*
- Suministros médicos
- Quimioterapia
- Visitas en consultorios médicos
- Transporte por necesidad médica
- Atención médica de emergencia
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios de especialistas que sean necesarios médicamente
- Servicios de Rehabilitación
- Servicios en hospitales
- Cuidado de salud conductual
- 90 días de enfermería especializada
- Diálisis
- Inmunizaciones (vacunas)

\*AHCCCS limita la cobertura de medicamentos recetados para las personas que tienen Medicare.

## ¿Qué es el Programa de Ahorros de Medicare?



El Programa de Ahorros de Medicare puede pagar:

- Primas de la Parte A de Medicare
- Deducibles y copagos de Medicare
- Primas de la Parte B de Medicare
- Ayuda adicional automática para los gastos de recetas de la Parte D de Medicare

## ¿Qué sucede si no soy elegible para la Asistencia Médica de AHCCCS?



Si no es elegible para la Asistencia Médica de AHCCCS, usted puede ser elegible para recibir créditos fiscales del gobierno federal que le ayudarán a pagar sus primas del seguro médico. Si no es elegible para ninguno de los programas mediante AHCCCS, le enviaremos información al mercado de seguros médicos federal para explorar los créditos fiscales para el seguro médico.

Si está esperando que su solicitud sea procesada o no es elegible para la Asistencia Médica de AHCCCS, puede ser elegible para recibir servicios de tratamiento de drogas y alcohol y salud mental mediante otras fuentes de fondos administradas por la Autoridad Regional de Salud Conductual, o RBHA. Para obtener información adicional, comuníquese con la RBHA en su área: En el centro de Arizona – (602) 586-1841 o de manera gratuita (800) 564-5465; En el norte de Arizona – (800) 640-2123; o En el sur de Arizona – (866) 495-6738.

## ¿Cómo funciona la Asistencia Médica de AHCCCS?



Si es aprobado/a para la Asistencia Médica de AHCCCS, usted recibirá su atención médica mediante un plan de salud de AHCCCS a menos de que:

- Sea indígena americano y elija al American Indian Health Program como su plan de salud.
- Sólo pide ayuda con sus costos de Medicare. Si es aprobado/a para alguno de los Programas de Ahorros de Medicare (QMB), AHCCCS puede pagar sus primas de Medicare, y su coseguro y deducibles de Medicare.
- AHCCCS sólo puede pagar sus servicios de emergencia debido a su estado con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés). So es aprobado/a sólo para los servicios de emergencia, usted puede recibir servicios médicos de cualquier proveedor (doctor, hospital, etc.) que tenga un acuerdo para cobrarle a AHCCCS por los servicios de emergencia cubiertos.

## ¿Cuánto cuesta la Asistencia Médica de AHCCCS?



### **Primas:**

- La mayoría de las personas no tienen que pagar una prima mensual para la Asistencia Médica de AHCCCS.
- Algunas personas que tienen ingresos demasiados altos para cumplir con los requisitos de la Asistencia Médica de AHCCCS sin prima mensual podrían recibirla al pagar una prima mensual. Si usted tiene que pagar una prima, las cantidades de la primas son:
  - \$10 a \$35 para los clientes en el programa Freedom to Work (Libertad para trabajar).
  - \$10 a \$70 para los clientes en el programa KidsCare.

### **Copagos:**

- Un copago es la cantidad que usted le paga a un proveedor médico cuando recibe un servicio médico. La cantidad del copago variará según el programa de AHCCCS en el que se inscriba y los servicios que necesita. Para algunos programa de AHCCCS, el proveedor puede denegar servicios si no se efectúan los copagos. Acuérdese de informar de cualquier cambio en sus ingresos porque esto puede cambiar la cantidad de copago. Los copagos para los servicios son:
  - \$2.30 a \$10 por recetas.
  - \$0 a \$30 por el uso de sala de emergencias en una situaciones que no sea de emergencia.
  - \$3.40 a \$5 por sus consultas ambulatorias para servicios de evaluación y control, incluso visitas en el consultorio.
  - \$2.30 a \$3 por terapia física, ocupacional o del habla.

### **A las siguientes personas nunca se les pedirá que paguen copagos:**

- Menores de 19 años.
- Personas que padecen de enfermedades mentales graves (SMI por sus siglas en inglés) según lo determinado por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona.
- Personas de hasta 20 años que reciben servicios del programa de Children's Rehabilitative Services (Servicios de Rehabilitación para Menores, CRS por sus siglas en inglés).
- Personas que residan en hogares de ancianos o instalaciones residenciales, como un hogar de vida asistida y sólo cuando la condición médica del miembro de cuidados agudos requiera hospitalización. La exención de los pagos se limita a 90 días calendario en un año de contrato.
- Personas que reciben cuidado de hospicio.

### **Los siguientes servicios siempre se brindan sin costo para cualquier persona inscrita en un programa de AHCCCS:**

- Hospitalizaciones
- Servicios pagados con una tarifa por servicio
- Servicios de emergencia
- Atención médica durante los embarazos, incluso tratamiento para dejar de fumar tabaco para mujeres embarazadas
- Servicios de planificación familiar

## ¿Tendré que proporcionar información sobre mi estado migratorio y de ciudadanía?



Para recibir la mayor ayuda, usted necesita darnos información sobre su estado migratorio y de ciudadanía de cada persona que solicita ayuda.

- Al darnos la información sobre el estado migratorio y de ciudadanía de cada persona que es elegible para recibir beneficios nos permite incluirlos en el beneficio de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo. Cuando no nos proporciona esta información, no afectará la elegibilidad de las personas por las que está solicitando que nos hayan proporcionado la verificación de su estado migratorio o de ciudadanía, pero puede afectar la cantidad de beneficios para estas personas.
- Si decide no darnos la información con respecto al estado migratorio pero aun desea Asistencia Médica de AHCCCS, sólo tendrá elegibilidad para los servicios médicos de emergencia.
- No necesita darnos información sobre el estado migratorio y de ciudadanía para cualquier persona que no está solicitando.
- Bajo la ley federal, ciertas personas que no son ciudadanas, tales como refugiados o asilados políticos, pueden calificar para recibir Asistencia Médica, Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo. Para aquellas personas que no son ciudadanas, las normas del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), declaran que el uso de estos beneficios no afectará su capacidad de convertirse en un Residente Permanente Legal.
- Si no está solicitando beneficios o si decide no proporcionar información migratoria o de ciudadanía, no intentaremos de enterarnos de tal información mediante el USCIS. No lo denunciaremos a usted, a su familia o a algún miembro del su hogar a la oficina de servicios de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (ICE por sus siglas en inglés) a menos que nos informe que usted, su familia o un miembro de su hogar vivan ilegalmente en los Estados Unidos.
- Los hogares con diferentes estados migratorios pueden solicitar beneficios en nombre de menores que sean ciudadanos de los EE.UU. y otros miembros de la familia que sean elegibles.

## ¿Tendré que presentarme a una entrevista?



Cuando se solicita Asistencia Médica de AHCCCS y/o ayuda con los costos de Medicare, no se necesita una entrevista. Cuando se solicita Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis, usted o Su representante tienen que presentarse a una entrevista en persona o por teléfono. Si necesita una adaptación especial para una entrevista, por favor, indíquelo en la página 1 de la solicitud para que podamos prepararnos para su entrevista.

## ¿Cuánto tiempo se tarda para saber si soy elegible después de que reciban mi solicitud?



Para Asistencia Médica de AHCCCS y/o ayuda con costos de Medicare, tomaremos una decisión dentro de los 45 días calendario.

- Si esta embarazada, tomaremos una decisión dentro de los 20 días calendario.
- Si necesita informe de determinación de discapacidad, tomaremos una decisión dentro de los 90 días calendario.

Para Asistencia Nutricional, tomaremos una decisión dentro de los 30 días calendario.

- Si es elegible a la Asistencia Nutricional de Emergencia, tomaremos una decisión dentro de los 7 días calendario.

Para Asistencia en Efectivo, tomaremos una decisión dentro de los 45 días calendario.

- Si usted es un pariente o tutor legal que está solicitando para menores que sean hijos suyos, decidiremos si los menores califican dentro de los 20 días calendario.

## ¿Cómo sabré si soy elegible?



Si es aprobado, recibirá una carta que explica los beneficios para los que es elegible y la cantidad de beneficios que recibirá, o se le proporcionará información sobre la cobertura médica de AHCCCS.

Si se le niega, le enviaremos una carta explicando el motivo de nuestra decisión.

## ¿Cómo puedo recibir mis beneficios cuando se aprueba mi solicitud?



Si recibe la aprobación para la Asistencia médica de AHCCCS y/o ayuda con los costos de Medicare, recibirá una carta de aprobación. Recibirá su tarjeta de identificación de AHCCCS de su plan de inscripción de 10 a 14 días hábiles después de recibir su carta de aprobación. Si necesita servicios médicos antes de obtener su tarjeta de identificación de AHCCCS, comuníquese con su plan de inscripción.

Si se le aprueba para recibir Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y/o Control de Tuberculosis, recibirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Esta tarjeta funciona como una tarjeta de débito. Recibirá un folleto con instrucciones sobre cómo usar su tarjeta. Los beneficios pueden tardar hasta 48 horas en estar disponibles después de la aprobación. Puede llamar al número de Servicio al Cliente que se encuentra en el reverso de la tarjeta para verificar el saldo de sus beneficios.

Importante: es ilegal utilizar su tarjeta EBT para realizar cualquiera de las siguientes acciones:

- Retirar beneficios de Asistencia en Efectivo en los cajeros automáticos (ATM por sus siglas en inglés) ubicados dentro de licorerías, casinos e hipódromos de caballos o perros.
- Hacer compras en máquinas de punto de venta ubicadas dentro de licorerías, casinos, hipódromos de caballos o perros, establecimientos de entretenimiento para adultos o dispensarios de marihuana medicinal (A.R.S. §46-297)
- Usar su tarjeta de EBT para comprar boletos de lotería.
- Pagar por alimentos comprados a crédito con beneficios de Asistencia Nutricional.

Si solicita más de tres reemplazos de tarjetas de EBT durante un período de 12 meses, se tendrá que comunicar con el DES para contestar preguntas que determinarán si se está cometiendo fraude.

Si usa más de 10% del saldo de su Asistencia en Efectivo en compras fuera del estado durante un período de 6 meses, se tendrá que comunicar con el DES para contestar preguntas que determinarán si se está cometiendo fraude.

Si se le pierde su tarjeta de EBT, es posible que usted tendrá que pagar por una nueva.

## ¿Qué se espera de mí?



Para todos los programas:

- **Usted tiene que proporcionarle al DES y/o AHCCCS la información necesaria para determinar correctamente su elegibilidad y autorizar al DES y/o AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para verificar la exactitud de la información para su elegibilidad.**
- Si esta aprobado/a para beneficios, recibirá una carta explicándole los cambios que tiene que informar. Usted TIENE que informar los cambios de manera oportuna.



Expectativas específicas a los programas:

Si solicita asistencia médica de AHCCCS, ayuda con los costos de Medicare y/o asistencia en efectivo, debe tomar las medidas necesarias para obtener cualquier anualidad, pensiones, jubilación y beneficios por incapacidad a los que pueda tener derecho, incluidos, entre otros, beneficios de Seguro Social, jubilación ferroviaria, beneficios de veteranos y compensación por desempleo.

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



Para Asistencia Médica de AHCCCS y/o Asistencia en Efectivo, debe brindarnos cualquier información que tenga sobre un padre ausente. Si tiene alguna razón por la que no proporciona esta información (tal como adopción pendiente, abuso, incesto, negligencia, etc.) puede alegar que tiene justificación. Usted tiene que cooperar con la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas en inglés) para establecer la paternidad, a menos que usted pueda comprobar una justificación.



Para Asistencia Médica de AHCCCS, el requisito de cooperar con DCSS para establecer la identidad de los padres de un niño y obtener apoyo médico se suspende bajo una exención temporal del 09/01/2023 al 06/30/2025.

## ¿Cuáles son mis derechos?



Usted tiene DERECHO a:

- Tratamiento cortés y profesional.
- Ser tratado de manera justa e igual sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas.
- Solicitar beneficios y recibir una carta diciéndole si es elegible o no, y/o recibe una carta antes de que se reduzcan o suspendan sus beneficios.
- Revisar los manuales de política del DES y AHCCCS que muestran las reglas y regulaciones de Asistencia Médica de AHCCCS, Programa de Ahorros de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis si desea saber la razón de nuestra decisión.
- Hablar sobre su caso con un trabajador o supervisor.
- Pedir una revisión legal de su caso si no está de acuerdo con una decisión o acción tomada por el DES. Esta revisión se llama una apelación. Usted puede solicitar una apelación sobre cualquier decisión, acción o inacción del DES, que puede o no afectar la participación del hogar en cualquier programa.
- Pedir una apelación si se deniega o si no se actúa de manera oportuna sobre una solicitud para beneficios suplementarios o de reemplazo.
- Pedir una apelación si se disputa una determinación de sobrepago o la cantidad de un sobrepago.
- Pedir una apelación si no se actúa sobre un cambio.
- Pedir una apelación si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre su solicitud o si no se toma una decisión sobre su solicitud dentro del número de días permitidos y la demora se debe al DES o AHCCCS.
- Revisar su archivo antes de la apelación.
- Llevar consigo a un abogado o a cualquier otra persona a la apelación.
- Que toda la información que proporcione con respecto a su elegibilidad se mantenga confidencial de acuerdo a las leyes estatales y federales.
- Solicitar beneficios de Asistencia Nutricional por separado o al mismo tiempo que solicita para otros programas listados en la solicitud. Todas las solicitudes de Asistencia Nutricional, independientemente de si se tratan de solicitudes conjuntas o separadas, deben procesarse para los fines de Asistencia Nutricional conforme a los requisitos de procedimiento, puntualidad, aviso y apelación. Ningún hogar tendrá sus beneficios de Asistencia Nutricional denegados solamente basándose en que se ha denegado otro programa al que se ha solicitado. Tiene que llevarse a cabo una determinación separada para Asistencia Nutricional. Cuando se deniega otro programa para el que ha solicitado, no se habrá de exigir una nueva solicitud de Asistencia Nutricional. La elegibilidad se determinará basándose en los plazos de procesamiento de la Asistencia Nutricional desde la fecha en que se aceptó inicialmente la solicitud conjunta por la agencia estatal.

## ¿Cuáles son las reglas y sanciones?



### **Si recibe Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, debe seguir las siguientes reglas:**

- Es obligatorio que coopere con una investigación de fraude. Para la Asistencia en Efectivo, la falta de cooperación puede resultar en el cierre del caso y la terminación de los beneficios dentro de los diez (10) días posteriores a la notificación de terminación de la agencia.
- No haga declaraciones falsas ni oculte información. Si no es sincero, es posible que deba reembolsar al DES los beneficios que reciba y puede ser llevado ante un tribunal.
- No haga nada deshonesto para obtener beneficios que se supone que no debe obtener.
- No compre, venda, intercambie, cambie ni transfiera de ningún otro modo los beneficios de Asistencia Nutricional o la tarjeta EBT suya o de otra persona. Permitir que otra persona use su tarjeta EBT o sus beneficios de Asistencia Nutricional (NA) sin exigirle que le devuelva los artículos comprados se considera una transferencia de beneficios.
- No use la tarjeta EBT de otra persona a menos que sea un usuario autorizado. Es contra las reglas conservar los artículos que compras con la tarjeta EBT de otra persona.
- No compre envases con depósitos con el fin de desechar el producto y devolver los envases para obtener depósitos de reembolso en efectivo.
- No venda productos comprados con beneficios de Asistencia Nutricional para intercambiar esos productos por dinero en efectivo o artículos que no sean alimentos elegibles.
- No robe los beneficios de Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo.
- No use sus beneficios de Asistencia Nutricional para comprar artículos que no sean alimentos como alcohol o tabaco.
- No modifique una tarjeta EBT.
- Para Asistencia en Efectivo, si se niega a firmar y cumplir el Acuerdo de Responsabilidad Personal (PRA por sus siglas en inglés) no será elegible. Le entregamos el PRA durante el proceso de entrevista.
- Un receptor adulto (18 años o más) de Asistencia en Efectivo será descalificado cuando se aplica cualquiera de los siguientes casos:
  - El destinatario no devuelve la Declaración de uso de drogas ilegales completa. Enviamos la Declaración de uso de drogas ilegales por correo de los EE. UU. Después de que se haya aprobado la Asistencia en efectivo.
  - El receptor no realiza la prueba de drogas requerida.
  - El receptor no pasa la prueba de drogas.

### **Usted o un miembro de su hogar no será elegible para recibir los beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo si usted o el miembro de su hogar:**

- Tiene sus beneficios de Asistencia en Efectivo sancionados. Usted o el miembro del hogar serán sancionados con un 50% por la primera ocurrencia y un 100% por la segunda ocurrencia de incumplimiento. Esto incluye, si algún adulto ha renunciado voluntariamente a un trabajo sin una buena causa o ha vendido, poseído o usado una sustancia controlada en violación de A.R.S. Título 13.
- A sabiendas, rompe las reglas para obtener beneficios de Asistencia en Efectivo o Asistencia Nutricional. Lo descalificaremos por un período de tiempo por la primera y segunda infracción y de forma permanente por todas las demás infracciones.
- Es un delincuente prófugo o un infractor de la libertad condicional.
- Cuando es condenado por los siguientes delitos y no cumple con los términos de la sentencia, es un delincuente prófugo o es un infractor de la libertad condicional o de la libertad condicional:
  - Abuso sexual agravado
  - Asesinato
  - Explotación sexual y otros abusos de niños que involucran agresión sexual

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

- Ha cometido y fue condenado por un delito grave federal o estatal en o después del 23 de agosto de 1996 por la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada. Si la persona con la condena por delito de drogas acepta someterse a pruebas de detección de drogas al azar y cumple con al menos un requisito adicional, puede ser elegible para recibir Asistencia Nutricional.
- Para la Asistencia Nutricional se aplica lo siguiente:  
Una persona que es condenada por un delito grave que tiene como elemento del delito “el uso o posesión de una sustancia controlada”, puede ser elegible para Asistencia Nutricional si la persona acepta someterse a pruebas de detección de drogas al azar y cumple con al menos uno de los siguientes:
  - Actualmente está aceptado para recibir tratamiento en un programa de tratamiento por abuso de sustancias, pero está en lista de espera. La persona permanece inscrita en el programa de tratamiento e ingresa al programa de tratamiento en la primera oportunidad disponible.
  - Actualmente es aceptado para tratamiento y participa en un programa de tratamiento por abuso de sustancias.
  - Ha completado con éxito un programa de tratamiento por abuso de sustancias después de la infracción en cuestión.
  - Un proveedor médico autorizado determina que no necesita tratamiento por abuso de sustancias.
  - Si está en libertad condicional/provisional (probation/parole en inglés) por una condena por delitos graves relacionados con drogas, cumple con los términos de la libertad condicional/provisional.
- Para la Asistencia en Efectivo se aplica lo siguiente:  
Fin de la sanción por delitos de drogas de CA
  - La persona que sea condenada el 9 de agosto de 2017 o más tarde, puede poner fin a la sanción para otras personas en el hogar cuando acepta someterse a pruebas de detección de drogas al azar y cumple con al menos uno de los siguientes criterios:
- Completa con éxito o es aceptado en un programa de tratamiento por abuso de sustancias. La persona también cumple con este criterio si cumple alguna de las siguientes condiciones:
  - Actualmente aceptado para tratamiento en un programa de tratamiento por abuso de sustancias, pero está en lista de espera. La persona permanece inscrita en el programa de tratamiento e ingresa al programa de tratamiento en la primera oportunidad disponible.
  - Actualmente aceptado para tratamiento y participa en un programa de tratamiento por abuso de sustancias.
- Está determinado por un proveedor médico autorizado que no necesita tratamiento por abuso de sustancias.
- Si corresponde, cumple con todos los términos de libertad condicional relacionados con la condena por la que fueron sancionados.

Como parte de los requisitos de informes de cambios, todos los hogares deben informar cuando algún miembro del hogar reciba ganancias de lotería o juegos de azar de **\$4500** o más **en un solo juego**.

Debe reembolsar al DES por cualquier beneficio de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo que recibió para el cual su hogar no era elegible. Puede hacer un acuerdo de reembolso. Si no cumple con su acuerdo de pago, podemos reducir sus beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, tomar su reembolso de impuestos sobre la renta o emprender otras acciones legales, incluso tomar las cantidades de sus ganancias.

### Información del crédito fiscal para seguro médico



Si no es elegible para recibir ayuda con los costos del seguro médico, usted puede ser elegible para recibir créditos fiscales a nivel federal que le ayudan a pagar sus primas del seguro médico. Si no es elegible para ninguno de los programas mediante AHCCCS, le enviaremos información al mercado de seguros médicos federal para explorar los créditos fiscales para el seguro médico.

## Cómo elegir un plan de salud

### Usted necesita elegir un plan de salud que atienda a su condado.

- Todos los planes médicos de AHCCCS proporcionan los mismos servicios médicos cubiertos.
- Antes de elegir a un plan de salud, consulte con su doctor, farmacia u hospital para ver si ellos trabajan con el plan que desea. Si desea más información sobre los doctores, especialistas u hospitales que trabajan con un plan de salud que atiende a su condado, llame al número listado a continuación para el plan de salud o visite el sitio web del plan.
- Los miembros que sean Indígenas Estadounidenses pueden elegir entre el American Indian Health Program o un plan de salud de AHCCCS.
- Si usted no elige un plan de salud, se le asignará uno.
- Si ha estado inscrito en un plan de salud de AHCCCS dentro de los últimos 90 días, puede estar inscrito en su plan de salud anterior.
- Si necesita ayuda para elegir un plan de salud, usted puede visitar [www.azahcccs.gov/choice](http://www.azahcccs.gov/choice); o hable con un especialista de apoyo para beneficiarios llamando al (602) 417-7100.

<p><b>Norte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apache</li> <li>• Coconino</li> <li>• Mohave</li> <li>• Navajo</li> <li>• Yavapai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• American Indian Health Program</li> <li>• Care1st Health Plan</li> <li>• Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice</li> </ul>
<p><b>Central</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maricopa</li> <li>• Gila</li> <li>• Pinal, excluyendo los códigos postales 85542, 85192 y 85550</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• American Indian Health Program</li> <li>• Arizona Complete Health - Complete Care Plan (antes Health Net Access)</li> <li>• Banner-University Family Care</li> <li>• Molina Health Care</li> <li>• Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice</li> <li>• Health Choice Arizona</li> <li>• UnitedHealthcare Community Plan</li> </ul>
<p><b>Sur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cochise</li> <li>• Graham</li> <li>• Greenlee</li> <li>• La Paz</li> <li>• Pima</li> <li>• Santa Cruz</li> <li>• Yuma</li> <li>• Códigos postales 85542, 85192 y 85550</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• American Indian Health Program</li> <li>• Arizona Complete Health - Complete Care Plan (antes Health Net Access)</li> <li>• Banner-University Family Care</li> <li>• UnitedHealthcare Community Plan (Sólo condado de Pima)</li> </ul>

Nombre del Plan de Salud	Núm. de teléfono	Sitio Web
American Indian Health Program	Maricopa County: 602-417-7100 Otros condados: 1-800-334-5283	<a href="http://azahcccs.gov/AmericanIndians/AIHP/">azahcccs.gov/AmericanIndians/AIHP/</a>
Arizona Complete Health - Complete Care Plan (antes Health Net Access)	1-888-788-4408	<a href="http://azcompletehealth.com/completecure">azcompletehealth.com/completecure</a>
Banner-University Family Care	1-800-582-8686	<a href="http://bannerufc.com/acc">bannerufc.com/acc</a>
Care1st Health Plan	1-866-560-4042	<a href="http://care1staz.com">care1staz.com</a>
Molina Health Care	1-800-424-5891	<a href="http://mccofaz.com">mccofaz.com</a>
Mercy Care	1-800-624-3879	<a href="http://mercycaresaz.org">mercycaresaz.org</a>
Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice	1-800-322-8670	<a href="http://azblue.com/medicaid">azblue.com/medicaid</a>
UnitedHealthcare Community Plan	1-800-348-4058	<a href="http://uhccommunityplan.com">uhccommunityplan.com</a>

**Esta página está en blanco intencionalmente**

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

Departamento de Seguridad Económica de Arizona/  
Administración de Asistencia para Familias (DES/FAA)  
Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS)

For Agency use

Date: \_\_\_\_\_

Case# \_\_\_\_\_

## Solicitud de Beneficios

### Información de contacto:

Díganos cómo podemos comunicarnos con un miembro adulto de su hogar. Si la oficina de correos no entrega correo en su domicilio, proporcione una dirección postal. Si no tiene una dirección postal que darnos, comuníquese con nosotros para obtener ayuda.

Nombre legal (Nombre, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Dirección residencial (incluya el número de apto.): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Vive en un albergue?    Sí    No    Si contesto "Sí", ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa, trabajo, celular, mensaje): \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefieren hablar usted y su familia en su hogar?

Inglés    Español    Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefieren leer usted y su familia en su hogar?

Inglés    Español    Otro \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir información sobre esta solicitud por:

Correo electrónico:    Sí    No    Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Texto:    Sí    No    Núm. para recibir texto (aplican las tarifas estándares): \_\_\_\_\_

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

### FIRME LA SOLICITUD:

Para Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés) y Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés), esta solicitud no es válida sin una firma. Podemos aceptar su solicitud si contiene al menos su nombre, dirección y firma. Para Asistencia Médica (MA, por sus siglas en inglés), podemos aceptar su solicitud sin firma. Sin embargo, DES y/o AHCCCS no pueden determinar la elegibilidad hasta que se respondan todas las preguntas para cada programa al que está solicitando y la solicitud esté firmada bajo pena de perjurio.

Afirmo bajo pena de perjurio que responderé preguntas en esta solicitud sobre mí y las personas en esta solicitud que solicitan beneficios con la verdad, según mi leal saber y entender. Esto incluye cualquier información sobre ciudadanía o condición de extranjero. No he ocultado ni ocultaré ninguna información. Afirmo bajo pena de perjurio que toda la información fotocopiada que proporcione es la misma que la de los documentos originales y que todos los documentos que proporcione son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Para NA y CA, también afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones que proporcione sobre las condenas por delitos graves y el cumplimiento de la libertad condicional son verdaderas y correctas. Entiendo mis derechos y responsabilidades para cada programa. Para CA, entiendo que debo aceptar la cesión de derechos a otros beneficios en la página 31. Para MA, entiendo que debo aceptar la cesión de derechos a otros beneficios para Atención Médica en la página 31.

Firma del solicitante o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

Firma de otro adulto en el hogar (Sólo para MA): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo (si firmó con una marca): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ayuda y Adaptaciones Especiales:**

Necesito la siguiente ayuda con esta solicitud (marque todo lo que corresponda):

Leer o entender esta solicitud

Llenar esta solicitud

Lenguaje de señas americano

Intérprete de idioma

Otra: \_\_\_\_\_

¿Cuál idioma? \_\_\_\_\_

Tengo impedimento que requiere la siguiente adaptación para solicitar (marque todo lo que corresponda):

Oír    Hablar    Visual    Escribir    Caminar    Otra: \_\_\_\_\_

El cliente, representante autorizado, o guardián legal tiene un impedimento visual que requiera un formato alternativo para las cartas impresas?    Sí    No

Si contesto "Sí", quien necesita la adaptación: \_\_\_\_\_

Si contesto "Sí", que tipo de formato alternativo necesita? Por favor elija uno:

Letra grande: cartas en letra grande enviadas por correo tendrán letra Arial de 18 puntos

PDF legible enviado vía un correo electrónico seguro

Cartas en cuenta Health-e-Arizona Plus. Solo MA (nota: ésta persona debe de contar con una cuenta HEAplus)

Otro: \_\_\_\_\_

### **Asistencia Nutricional de Emergencia:**



**Su solicitud será examinada para los beneficios de Asistencia Nutricional de Emergencia (NA por sus siglas en inglés) y, si es elegible, su hogar recibirá los beneficios de NA dentro de los 7 días de la fecha de su solicitud.**

**Para calificar para los beneficios de Emergencia de NA, debe tener una identificación válida y cumplir con cualquiera de los siguientes requisitos:**

- Hogares con menos de \$150 en ingresos brutos mensuales y \$100 o menos en efectivo y cuentas bancarias
- Hogares de trabajadores agrícolas migrantes o de temporada con pobreza extrema siempre que su efectivo y cuentas bancarias sean de \$100 o menos
- Hogares con ingresos brutos mensuales combinados y cuentas bancarias y en efectivo que son menores que los costos mensuales de vivienda y servicios públicos del hogar

**Para determinar si su hogar es elegible para Asistencia Nutricional de Emergencia, complete esta sección.**

¿Cuál es la cantidad total de ingresos antes de las deducciones que espera obtener este mes?

\$ \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad total de efectivo disponible y dinero en su cuenta corriente y de ahorros?

\$ \_\_\_\_\_

¿Cuál es el costo mensual total de su alquiler o hipoteca? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

¿Se le factura por separado (de su alquiler o hipoteca) y es responsable de pagar cualquiera de los gastos de servicios públicos que se enumeran a continuación? En caso afirmativo, marque todos los servicios públicos que está pagando.

Electricidad      Gas o propano      Carbón, petróleo o madera  
Desperdicios, alcantarillado o basura      Agua

¿Cómo calienta (calefacción central, estufa, chimenea) o enfría (aire acondicionado, enfriador evaporativo) su hogar? \_\_\_\_\_

¿Es usted responsable del pago de la factura de teléfono?      Sí      No

¿Alguien recibe Distribución de Alimentos Tribales?      Sí      No

¿Alguien es un trabajador agrícola migrante o de temporada?      Sí      No

### 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 información sobre su elegibilidad, a menos de que nos de permiso 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 de:      Hogar      Celular      Trabajo      Mensajes      Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefiere hablar el representante?

Inglés      Español      Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefiere leer el representante?

Inglés      Español      Otro \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico:      Sí      No      Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Texto:      Sí      No      Núm. para recibir texto (aplican las tarifas estándares): \_\_\_\_\_

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

¿Actúa el representante en nombre de una organización?      Sí      No

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

**Esta sección también debe completarse cuando solicite un representante autorizado de Asistencia Nutricional (NA):**

Entiendo que si mi representante autorizado de NA está actualmente descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puedo actuar como representante autorizado de NA. (cuando esto suceda, marque una de las siguientes casillas):

Seleccionaré a otra persona para que actúe como mi Representante Autorizado de NA. Esta es la única persona que está disponible para ser mi Representante Autorizado de NA.

Entiendo que si estoy descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puedo actuar como representante autorizado de NA a menos que no haya nadie más disponible para representar a esta persona.

Proporcione su fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ y marque una de las siguientes casillas: *(esta es la fecha de nacimiento del representante autorizado de NA)*

Actualmente estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de Asistencia Nutricional.

Actualmente no estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de Asistencia Nutricional.

Firma del solicitante:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del representante:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Autorización de Representante Autorizado

Por favor, lea atentamente. Su firma a continuación significa que ha leído, comprendido y aceptado estas declaraciones.

Solicitante:	Representante Autorizado:
<p>Al firmar a continuación, yo (el cliente) doy permiso para que la persona indicada anteriormente actúe en mi nombre como mi representante. Esa persona tiene permitido ayudarme en el proceso de calificar para recibir ayuda con los costos de Asistencia Médica y Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y/o Control de Tuberculosis. Doy permiso y acepto que mi representante puede hacer todo lo siguiente en mi nombre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Llenar y firmar mi solicitud.</li> <li>● Proporcionar cualquier documentación solicitada, incluso información personal.</li> <li>● Firmar en mi nombre para permitir que otras personas, negocios, o agencias divulguen información personal sobre mí al DES y/o AHCCCS, incluso información de salud protegida que se necesite para determinar si tengo una discapacidad.</li> </ul> <p>También estoy de acuerdo en divulgar información sobre mis circunstancias personales a mi representante y estoy de acuerdo en permitir que mi representante le asigne todos mis derechos a reclamos de reembolsos médicos al AHCCCS en mi nombre.</p>	<p>Al firmar a continuación, yo (el representante) estoy de acuerdo de actuar en nombre del cliente. También estoy de acuerdo con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sólo proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio.</li> <li>● Llenar y firmar los formularios necesarios.</li> <li>● Obtener y entregarle al DES y/o AHCCCS toda la información necesaria para Asistencia Médica, costos Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Número de Seguro Social</li> <li>○ Ingresos</li> <li>○ Bienes</li> <li>○ Ciudadanía</li> <li>○ Residencia</li> <li>○ Seguro médico y gastos</li> <li>○ Información sobre el cónyuge, hijos menores y padres del cliente (si el cliente es un/a padre/madre menor de edad).</li> </ul> </li> </ul> <p>También estoy de acuerdo a informar cualquiera de los siguientes cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aumento o disminución de ingresos;</li> <li>● Aumento o disminución de bienes;</li> <li>● Propiedad de bienes, incluso la apertura o cierre de cuentas financieras;</li> <li>● Dirección; o</li> <li>● Seguro médico o cantidad de primas pagadas (para personas mayores de 60 años o con discapacidad).</li> </ul> <p>Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.</p>
<p>Si se determina que soy elegible, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le indiquemos que detenga la autorización. Esta autorización vencerá cuando mi solicitud de asistencia sea retirada o denegada, o cuando finalice mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continuará en cualquier momento mientras esté disputando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o un procedimiento judicial.</p>	
<p>Firma del solicitante:      Fecha:</p> <p>_____</p>	<p>Firma del representante:      Fecha:</p> <p>_____</p>

Cuando se haya designado un tutor legal para el único solicitante adulto del hogar, la firma del solicitante no es requerida para que el tutor sea designado como el representante autorizado. Solo se necesita la firma del representante autorizado.

### ¿Cómo comienzo el proceso de solicitud?

Debe presentar una solicitud para comenzar el proceso de solicitud. Puede presentar una solicitud solo con su nombre, dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o su representante autorizado. Esto mantendrá su fecha de solicitud.

No se puede determinar la elegibilidad hasta que obtengamos una solicitud completa. Para Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo, también debe completar una entrevista.

En la mayoría de los casos, cuando es elegible para los beneficios, los beneficios se brindan a partir de la fecha en que nuestra agencia recibe su solicitud. Es posible que esto no siempre sea cierto para ciertos programas médicos o cuando la solicitud se presenta mientras el solicitante reside en una institución como la cárcel.

### ¿Cómo se utilizará mi información?

Usaremos su información para determinar la elegibilidad. Estableceremos una comparación por computadora con agencias estatales, locales y federales y con nuestros otros programas para verificar la información. La información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS por sus siglas en inglés) será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. Esta información puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios que recibirá.

También podemos usar su información, incluido su número de seguro social para:

- Verificar identidad
- Verificar ingresos y recursos
- Evitar la duplicación de beneficios
- Establecer y hacer cumplir e sustento para menores
- Recaudar el dinero que le pagamos en exceso en forma de beneficios
- Compartir con otras agencias gubernamentales y sus contratistas para evaluar la gestión y el cumplimiento del programa de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo



**Preparación de alimentos.** Díganos quién compra y prepara los alimentos en su hogar.

¿Alguien en su hogar compra y prepara su propios alimentos por separado de otras personas en el hogar?  
Sí      No      Si contesto **Sí**, usando la tabla a continuación, díganos sobre las personas que compran y preparan sus propios alimentos.

Nombre (nombre y apellido)	Edad	Relación al CONTACTO PRINCIPAL	¿Esta persona paga los gastos?	¿Cuáles gastos?

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

**Acceso a la cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT):**



Esta sección es OPCIONAL. Puede elegir a una persona, conocida como el titular de la tarjeta alterno, para obtener sus beneficios para usted. Si necesita un titular de la tarjeta alterno, elija a una persona de confianza.

Tenga en cuenta que los beneficios perdidos o robados no serán reemplazados. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la persona que designe como mi titular de tarjeta alternativo que debe devolver a mi hogar cualquier artículo comprado con mis beneficios de NA. No devolver los artículos es una violación de las reglas.

Nombre del representante (rep.) de EBT: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del rep. de EBT: \_\_\_\_\_

Dirección del rep. de EBT: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del rep. de EBT: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Divulgación de información a hospitales/agentes de hospitales/organizaciones/agencias:**

**+** Esta sección es OPCIONAL. Puede dar permiso al DES y AHCCCS para divulgar información sobre usted o la elegibilidad de un miembro de su familia. AHCCCS y DES no pueden compartir ninguna información sobre usted o los miembros de su familia sin su permiso por escrito.

Nombre del hospital/agente del hospital/organización/agencia: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Doy permiso para que el personal de DES y/o AHCCCS le informe al hospital, al agente del hospital, a la organización o a la agencia mencionada anteriormente:

Que he solicitado ayuda con los costos del seguro; la información o prueba necesaria para ver si puedo obtener ayuda con los costos del seguro y si se aprueba para recibir ayuda con los costos del seguro, la fecha de vigencia de mi elegibilidad, la fecha de redeterminación y la categoría de asistencia para la que fui aprobado. Si se niega la ayuda con los costos del seguro, es la razón por la que me lo negaron.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **¿Necesito un Número de Seguro Social?**

Solicitar y proporcionar información es voluntario, pero se requiere cierta información para que la agencia tome una determinación de elegibilidad. Por ejemplo, cada solicitante debe proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés). (Los inmigrantes que no pueden obtener legalmente un número de Seguro Social no están obligados a proporcionar uno). Por lo tanto, si no se proporciona información personal, es posible que no sea elegible para los beneficios. Los SSN se verifican a través de programas de comparación por computadora y se pueden compartir con agencias federales y estatales o agencias privadas de cobranza de reclamos. Para Asistencia Nutricional, solicitar su SSN está autorizado por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008.

Al solicitar Asistencia Nutricional, personas de su hogar pueden optar por no recibir los beneficios de Asistencia Nutricional. Estas personas no están obligadas a proporcionar un SSN o información de ciudadanía/inmigración. Sin embargo, para Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo, es posible que se requiera la inclusión de algunas personas en el hogar. El monto de los beneficios de Asistencia Nutricional depende de la cantidad de personas que solicitan beneficios, pero las personas elegibles en el hogar pueden obtener beneficios aunque algunas de las personas en el hogar no soliciten beneficios. Es posible que se requiera que las personas en el hogar que no soliciten beneficios proporcionen información financiera (por ejemplo, ingresos) cuando sea necesario para determinar la elegibilidad o el monto del beneficio para las personas que solicitan.

La ley federal requiere que proporcione un SSN para cualquier persona que desee obtener Asistencia Médica de AHCCCS, ayuda con los costos de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y/o Control de la Tuberculosis (42 USC §1320b-7; 42 USC §405 (c) ( 2) (C), 7 USC §§ 2011-2036 y la Ley del Seguro Social (SSA) de 1935 (Sección 1137) según enmendada por PL 98-369).

Si usted o alguien para quien está solicitando no tiene un SSN, lo referiremos a la oficina del Seguro Social para solicitar uno. Los inmigrantes que no pueden obtener legalmente un SSN no están obligados a dar uno ni solicitar uno. Cualquier persona por la que presente la solicitud y que pueda obtener legalmente un SSN pero que no tenga uno o no solicite uno no será elegible para recibir beneficios.

Si no solicita beneficios para usted, no es necesario que nos proporcione su SSN. Sin embargo, puede reducir el monto total de los beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo para la persona por la que está solicitando porque no lo incluiremos en el monto del beneficio.

No usaremos su SSN como su número de identificación DES o AHCCCS.

No daremos ningún SSN a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

**Información del hogar:**



Cuéntenos sobre cada persona en su hogar, comenzando con usted. Consulte la página A para una definición de quién tiene que incluir. Si usted es un representante, infórmenos sobre quién representa y otras personas en el hogar.

Nombre Apellido, Nombre, S.I. (Escriba el nombre como aparezca en la tarjeta de SSN)	¿Solicita?					Parentesco al contacto principal (1.)	Estado civil (Nunca casado/a, casado/a, separado/a legalmente, divorciado/a o viudo/a)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (Si no solicita, es opcional)	Género M=Masculino F=Femenino
	Ayuda con el seguro médico	Ayuda con costos de Medicare	Asistencia Nutricional	Asistencia en Efectivo	Control de Tuberculosis					
1.						Contacto principal				
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente han usado alguna vez otro nombre (es decir, alias, apellido de soltera, sufijo)?

Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

Otro nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

### Información de ciudadanía:



Llene SÓLO para cada persona que solicita. Si una persona no está solicitando beneficios, omita esta sección para esa persona. Para los solicitantes, es posible que tenga que proporcionar prueba de ciudadanía.

Las agencias estatales deben utilizar el sistema de Elegibilidad y Verificación Sistemática de Extranjeros (SAVE, por sus siglas en inglés). El estatus de extranjero de las personas que solicitan beneficios puede estar sujeto a verificación por parte de USCIS mediante la presentación de información de la solicitud a USCIS. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad del hogar y el monto del beneficio.

¿Es el contacto PRINCIPAL un ciudadano o nativo de los Estados Unidos? (Vea la página F para obtener información adicional)      Sí      No      Prefiero no responder

Si el contacto PRINCIPAL NO es un ciudadano de los Estados Unidos, ¿cuál es su estado migratorio?

Residente permanente legal	Residente temporal legal	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Asilado	Refugiado	Orden de Supervisión
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Ciudadano de la República de Islas Marshall
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Ciudadano de la República de Palau
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Participante Cubano-Haitiano	
No deseo proporcionar esta información	Eliminar/Suspender la Deportación	Otro: _____

¿Qué documento de inmigración tiene el contacto PRINCIPAL?

Tarjeta de residente permanente      I- 94      Visa      Pasaporte de extranjero      Ninguno

Otro: \_\_\_\_\_ Núm. de Documento de Inmigración: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996 el contacto PRINCIPAL?      Sí      No

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

¿Es una ciudadano o nativo de los Estados Unidos la **PERSONA 2**? (Vea la página F para obtener información adicional)      Sí      No      Prefiero no responder

Si la PERSONA 2 no es un ciudadano de los EE.UU., ¿cuál es su estado migratorio?

Residente permanente legal	Residente temporal legal	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Asilado	Refugiado	Orden de Supervisión
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Ciudadano de la República de Islas Marshall
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Ciudadano de la República de Palau
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Participante Cubano-Haitiano	
No deseo proporcionar esta información	Eliminar/Suspender la Deportación	Otro: _____

¿Qué documento de inmigración tiene la PERSONA 2?

Tarjeta de residente permanente	I- 94	Visa	Pasaporte de extranjero	Ninguno
Otro: _____ Núm. de Documento de Inmigración: _____				

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996 la PERSONA 2?      Sí      No

¿Es una ciudadano o nativo de los Estados Unidos la **PERSONA 3**? (Vea la página F para obtener información adicional)      Sí      No      Prefiero no responder

Si la PERSONA 3 no es un ciudadano de los EE.UU., ¿cuál es su estado migratorio?

Residente permanente legal	Residente temporal legal	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Asilado	Refugiado	Orden de Supervisión
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Ciudadano de la República de Islas Marshall
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Ciudadano de la República de Palau
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Participante Cubano-Haitiano	
No deseo proporcionar esta información	Eliminar/Suspender la Deportación	Otro: _____

¿Qué documento de inmigración tiene la PERSONA 3?

Tarjeta de residente permanente	I- 94	Visa	Pasaporte de extranjero	Ninguno
Otro: _____ Núm. de Documento de Inmigración: _____				

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996 la PERSONA 3?      Sí      No

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

¿Es una ciudadano o nativo de los Estados Unidos la **PERSONA 4**? (Vea la página F para obtener información adicional)      Sí      No      Prefiero no responder

Si la PERSONA 4 no es un ciudadano de los EE.UU., ¿cuál es su estado migratorio?

Residente permanente legal	Residente temporal legal	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Asilado	Refugiado	Orden de Supervisión
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Ciudadano de la República de Islas Marshall
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Ciudadano de la República de Palau
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Participante Cubano-Haitiano	
No deseo proporcionar esta información	Eliminar/Suspender la Deportación	

¿Qué documento de inmigración tiene la PERSONA 4?

Tarjeta de residente permanente	I- 94	Visa	Pasaporte de extranjero	Ninguno
Otro: _____	Núm. de Documento de Inmigración: _____			

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996 la PERSONA 4?      Sí      No

¿Es una ciudadano o nativo de los Estados Unidos la **PERSONA 5**? (Vea la página F para obtener información adicional)      Sí      No      Prefiero no responder

Si la PERSONA 5 no es un ciudadano de los EE.UU., ¿cuál es su estado migratorio?

Residente permanente legal	Residente temporal legal	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Asilado	Refugiado	Orden de Supervisión
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Ciudadano de la República de Islas Marshall
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Ciudadano de la República de Palau
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Participante Cubano-Haitiano	
No deseo proporcionar esta información	Eliminar/Suspender la Deportación	

¿Qué documento de inmigración tiene la PERSONA 5?

Tarjeta de residente permanente	I- 94	Visa	Pasaporte de extranjero	Ninguno
Otro: _____	Núm. de Documento de Inmigración: _____			

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996 la PERSONA 5?      Sí      No

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

¿Es una ciudadano o nativo de los Estados Unidos la **PERSONA 6**? (Vea la página F para obtener información adicional)      Sí      No      Prefiero no responder

Si la PERSONA 6 no es un ciudadano de los EE.UU., ¿cuál es su estado migratorio?

Residente permanente legal	Residente temporal legal	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Asilado	Refugiado	Orden de Supervisión
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Ciudadano de la República de Islas Marshall
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Ciudadano de la República de Palau
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Participante Cubano-Haitiano	
No deseo proporcionar esta información	Eliminar/Suspender la Deportación	

¿Qué documento de inmigración tiene la PERSONA 6?

Tarjeta de residente permanente      I- 94      Visa      Pasaporte de extranjero      Ninguno

Otro: \_\_\_\_\_      Núm. de Documento de Inmigración: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996 la PERSONA 6?      Sí      No

### Declaración de impuestos federal sobre los ingresos:

**+** Díganos la información de impuestos del SIGUIENTE AÑO para todos los solicitantes:

<b>Contacto principal</b>	¿Planea presentar una declaración de impuestos federales?	Categoría de su estado civil: Jefe de familia      Viudo/a calificado/a Soltero/a      Casado/a-Declaración separada Casado/a-Declaración conjunta Nombre del cónyuge: _____
	Sí      No	
	¿Declarará dependientes en su propia declaración de impuestos?      Sí      No Si contesto "Sí", indique los nombres de los dependientes:	
	¿Declarado como dependiente por otra persona?      Sí      No Si contesto "Sí", el nombre de la persona que lo declara como dependiente: _____	



¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

<b>Persona 4</b>	¿Planea presentar una declaración de impuestos federales?  Sí    No	Categoría de su estado civil: Jefe de familia Soltero/a Casado/a-Declaración conjunta Nombre del cónyuge: _____	Viudo/a calificado/a Casado/a-Declaración separada
	¿Declarará dependientes en su propia declaración?    Sí    No Si contesto "Sí", indique los nombres de los dependientes:  		
	¿Declarado como dependiente por otra persona?    Sí    No Si contesto "Sí", el nombre del contribuyente que lo declarará como dependiente: _____		
<b>Persona 5</b>	¿Planea presentar una declaración de impuestos federales?  Sí    No	Categoría de su estado civil: Jefe de familia Soltero/a Casado/a-Declaración conjunta Nombre del cónyuge: _____	Viudo/a calificado/a Casado/a-Declaración separada
	¿Declarará dependientes en su propia declaración?    Sí    No Si contesto "Sí", indique los nombres de los dependientes:  		
	¿Declarado como dependiente por otra persona?    Sí    No Si contesto "Sí", el nombre de la persona que lo declara como dependiente: _____		

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

<b>Persona 6</b>	¿Planea presentar una declaración de impuestos federales?  Sí    No	Categoría de su estado civil: Jefe de familia Soltero/a Casado/a-Declaración conjunta  Nombre del cónyuge: _____	Viudo/a calificado/a Casado/a-Declaración separada
	¿Declarará dependientes en su propia declaración?    Sí    No Si contesto "Sí", indique los nombres de los dependientes:  _____		
	¿Declarado como dependiente por otra persona?    Sí    No Si contesto "Sí", el nombre de la persona que lo declara como dependiente:  _____		

**+ Gastos médicos anteriores:**

		¿Quién?	¿Mes(es)?
¿También necesita ayuda con las facturas médicas en alguno de los últimos tres meses alguien que solicita beneficios?	Sí No		
¿Está embarazada la persona que necesita ayuda con los gastos médicos o tuvo un embarazo en los últimos 5 meses?	Yes No		
¿Tiene Medicare alguien en esta solicitud y necesita ayuda para pagar su prima de la Parte B de Medicare durante cualquiera de los últimos tres meses?	Sí No		

**+ Solicitante fallecido:**

		¿Quién?	Fecha de fallecimiento
¿Le está solicitando a alguien que haya fallecido?	Sí No		

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



**Ausencia temporal:** Díganos de cualquier persona que vive temporalmente fuera del hogar y que se espera que regrese.

Nombre (nombre y apellido)	Fecha de salida	Fecha de regreso esperada	Dirección temporal	¿Por qué están fuera del hogar?



**Residencia para todos los solicitantes:** Díganos sobre la residencia. Es posible que necesite proporcionar prueba de residencia.

¿Es residente de Arizona cada persona que solicita beneficios?	Sí No	¿Quién no? _____
----------------------------------------------------------------	----------	------------------



**Preguntas para todos los solicitantes:**

¿Actualmente está en una cárcel, prisión o centro de detención alguien que solicita beneficios?	Sí No	Si contesto "Sí", ¿quién? _____
¿Ha sido liberado de una cárcel, prisión o centro de detención en los últimos cuatro meses alguien que solicita beneficios?	Sí No	Si contesto "Sí", ¿quién? _____ Fecha de liberación _____

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

**+ \$ Crianza temporal y Adulto con niño:**

¿Estuvo alguien bajo crianza temporal en su cumpleaños número 18?	Sí No	¿Quién? _____
¿Estuvo alguien bajo crianza temporal tribal en su cumpleaños número 18?	Sí No	¿Quién? _____ ¿Cuál tribu? _____
¿Vive algún adulto con al menos un niño menor de 19 años y es el cuidador principal del niño?	Sí No	¿Quién? _____
¿Hay algún niño o adulto de crianza temporal?	Sí No	¿Quién? _____



**Etnicidad o Raza: Seleccione una o más respuestas para cada persona que solicita beneficios. Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad ni el nivel de beneficios.**

Etnicidad	Raza															
	Hispano o latino	No hispano o latino	Nativo Americano o de Alaska	Indio Asiático	Negra o Afroamericano	Chino	Filipino	Chamorro y Guameño	Japonés	Coreano	Hawaiano	Otra Asiática	Isleño de otra isla del Pacífico	Samoano Americano	Vietnamita	Blanco
<b>Persona</b>																
Contacto principal																
Persona 2																
Persona 3																
Persona 4																
Persona 5																
Persona 6																

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



**Nativo Americano o de Alaska:** Llene esta sección para cualquier persona que solicita que sea Nativo Americano o de Alaska.

Persona	¿Inscrita en tribu con reconocimiento federal?	Nombre de tribu	¿Recibió servicios de • Indian Health Service; • programa de salud tribal; • programa médico urbano; • mediante una recomendación de uno de estos programas?	Si contesto "No", ¿es elegible para recibir estos servicios?
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	



Persona	¿Vive dentro de los límites de una nación tribal?	Nombre de la nación tribal	Número de censo tribal
	Sí No		
	Sí No		
	Sí No		
	Sí No		
	Sí No		
	Sí No		

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

**+ \$ Preguntas sobre la ayuda con los costos de seguro médico, ayuda con los costos de Medicare y de Asistencia en Efectivo:**

¿Está embarazada alguna de las personas por la que solicita?	Sí No	¿Quién?	Núm. de bebés anticipados	Fecha de parto
--------------------------------------------------------------	----------	---------	---------------------------	----------------

Para todos los que solicitan con menos de 19 años, ¿viven en el hogar ambos padres?  
Sí No Si contesto "No", llene la información de a continuación

Nombre del menor:	Nombre del padre:	Núm. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Dirección postal:	Ciudad, Estado:	Código postal:
	Número de teléfono:	Razón por la ausencia del padre: Falleció Fuera del hogar Desconocida	

Nombre del menor:	Nombre del padre:	Núm. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Dirección postal:	Ciudad, Estado:	Código postal:
	Número de teléfono:	Razón por la ausencia del padre: Falleció Fuera del hogar Desconocida	

¿Alguien ha recibido Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?  
Sí No ¿Quién?

¿Alguien tiene cobertura de Medicare?	Sí No	¿Quién?	Núm. de reclamo Medicare o ferroviario: Parte A Parte B Parte D
		¿Quién?	Núm. de reclamo Medicare o ferroviario: Parte A Parte B Parte D

**\$ Beneficios posibles:**

<p>Alguno de los solicitantes, su cónyuge o cónyuge fallecido ha trabajado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una agencia gubernamental; o</li> <li>○ Un empleador con un plan de pensión</li> </ul>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____ Nombre del empleador: _____</p>
<p>Es alguien por la que solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Una persona que sirvió en el ejército de EE.UU;</li> <li>● La viuda o viudo de una persona que sirvió en el ejército de EE.UU; o</li> <li>● El hijo/a de una persona fallecida que sirvió en el ejército de EE.UU. y: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No se ha casado, y</li> <li>○ Menor de 18 años, o</li> <li>○ Menor de 23 años y asiste a escuela, o</li> <li>○ Determinado que tiene una discapacidad permanente antes de los 18 años</li> </ul> </li> <li>● Un menor (como se define anteriormente) o un cónyuge de una persona que sirvió en el ejército de EE.UU. que tiene una discapacidad relacionada con el servicio</li> </ul>	<p>Sí No</p>	<p>Si contesto "Sí", llene la siguiente información: Nombre del veterano: _____ SSN del veterano: _____ Número de servicio: _____ Rama del servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. del reclamo de VA: _____ Fechas del servicio: _____</p>
<p>¿Está sin trabajo alguna de las personas por las que está solicitando debido a una lesión o enfermedad recibida en el trabajo y puede calificar para la compensación de trabajadores?</p>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____</p>
<p>¿Está sin trabajo alguna de las personas por las que está solicitando debido a una lesión o enfermedad y puede calificar para pagos por incapacidad a corto plazo o por incapacidad a largo plazo por medio de su empleador u otra compañía?</p>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____</p>
<p>¿Ha perdido empleo durante los últimos seis meses alguna de las personas por las que está solicitando? Cuando la respuesta es sí, es posible que tenga que solicitar beneficios por desempleo.</p>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____</p>

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

  **Asistencia Nutricional y Gastos de Asistencia en Efectivo:**

Para Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, debe informarnos sobre sus gastos y proporcionar comprobantes para recibir las deducciones, por los siguientes gastos: sustento para menores y manutención médica en efectivo ordenada por la corte pagada, gastos de cuidado de niños/adultos dependientes, gastos médicos, costos de transporte hacia y desde el proveedor de atención médica o cuidado diario de un niño/adulto dependiente, pagos de alquiler o hipoteca, servicios públicos u otros costos de vivienda.

¿Usted o alguien en su hogar paga por el cuidado de un niño o un adulto con una discapacidad con el fin de trabajar, buscar trabajo, asistir a capacitación o a la escuela?	Sí No	Si es así, ¿quién paga? _____ ¿Cantidad pagada? \$ _____ ¿Frecuencia de pago? _____
¿Usted o alguien en su hogar tiene costos de transporte para viajar hacia o desde la persona o agencia que brinda el cuidado después de la escuela o para adultos?	Sí No	Si es así, ¿quién paga? _____ ¿Cantidad pagada? \$ _____ ¿Frecuencia de pago? _____
¿Usted o alguien en su hogar paga sustento para menores ordenado por el tribunal?	Sí No	Si es así, ¿quién paga? _____ ¿Cantidad pagada? \$ _____ ¿Frecuencia de pago? _____

  **Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo:**

¿Viven en vivienda con ayuda gubernamental las personas por las que solicita?	Sí No
¿Cuáles son sus costos de vivienda mensuales?	Renta o hipoteca \$ _____ Impuestos \$ _____ Seguro \$ _____
¿Cuáles son sus costos mensuales de servicios públicos que se facturan por separado de su alquiler o hipoteca?	Electricidad \$ _____ Gas o propano \$ _____ Carbón, petróleo o leña \$ _____ Teléfono \$ _____ Basura, alcantarillado, fosa séptica o costo de alquiler de baño portátil \$ _____ Agua, mantenimiento de pozos, costo del agua cuando no está disponible \$ _____ Tarifas iniciales de instalación de servicios público \$ _____
¿Alguien en el hogar recibe facturas por calefacción (calefacción central, chimenea, horno, calefactor, estufa) o refrigeración (aire acondicionado central o de habitación, enfriador evaporativo) por separado del alquiler o la hipoteca?	Sí      No      Si es así, ¿cuál de los enumerados? _____

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



**Empleo:** Díganos sobre el empleo de todos, incluso el trabajo por cuenta propia y los ingresos por alquiler. Es posible que deba proporcionar prueba de ingresos. Si trabaja por cuenta propia, por favor, adjunte los formularios de impuestos federales más recientes: 1040, SE y los formularios correspondientes tales como C, C-EZ, E,F y K1. Si no tiene estos formularios, adjunte pruebas de los ingresos y gastos de negocio por lo menos para el mes anterior y actual.

¿Alguien en esta solicitud trabaja?

Sí No Si contesto "Sí", proporcione la información de empleo a continuación.

¿Quién?	Nombre y número de teléfono del empleador	¿Frecuencia de pago? Semanal, quincenal, bimensual, mensual	Fecha del último pago	Tarifa de pago	¿Horas de trabajo por semana?	Monto bruto de los últimos 30 días de pago

¿Alguien dejó un trabajo o redujo sus horas de trabajo en los últimos 30 días?

Sí No Si contesto "Sí", proporcione la información a continuación.

¿Quién?	Nombre y número de teléfono del empleador	Último día trabajado	Última fecha de pago	Monto bruto del último pago

¿Hay alguien con un permiso de ausencia de un trabajo?

Sí No Si contesto "Sí", proporcione la información a continuación.

¿Quién?	Nombre y número de teléfono del empleador	Fecha de inicio del permiso	Última fecha de pago	Fecha de regreso prevista

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



**Otros ingresos:** Marque SÍ o NO para cada tipo de ingreso.  
Es posible que deba proporcionar prueba de ingresos.

Tipo de ingreso	Sí o No
¿Hay alguien en el hogar que sea propietario o miembro de una franquicia, corporación o sociedad de responsabilidad limitada?	Sí No
Beneficios de Seguro Social	Sí No
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI Cash)	Sí No
Jubilación o pensión	Sí No
Desempleo	Sí No
Compensación de trabajadores o por incapacidad	Sí No
Sustento para menores      Ordenado por el tribunal      Otro: _____	Sí No
Manutención conyugal (pensión alimenticia)	Sí No
Beneficios para veteranos	Sí No
Regalos, contribuciones o préstamos	Sí No
Dinero proveniente de la tribu      Juegos de azar      Otro: _____	Sí No
Ingresos de alquiler	Sí No
Pagos per cápita de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías	Sí No
Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras en fideicomiso indígena	Sí No
Ganancias de lotería o juegos de azar	Sí No
Otro: _____	Sí No

**Marque aquí si no hay otros ingresos**

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

**Si marcó Sí para cualquiera de los tipos de ingresos en la página anterior, a continuación proporcione información adicional.** Si no hay suficiente espacio para indicar todos los tipos de ingresos, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Tipo de ingreso:	¿Quién lo recibe?	Cantidad	¿Con cuánta frecuencia se recibe?	¿Quién paga el ingreso?

**+ 🍎 \$ ♿ Cambios anticipados de ingresos:**

En los próximos doce (12) meses, ¿alguien en el hogar espera cambios en los ingresos debido al trabajo temporal o al empleo por contrato? Por favor, sólo díganos sobre los cambios que ocurren regularmente

Sí No

Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Cuántas fuentes se espera que cambien? \_\_\_\_\_

Nombre de las fuentes: \_\_\_\_\_

Cantidad que se espera ganar en los próximos 12 meses \$ \_\_\_\_\_

¿Alguien en el hogar espera cambios en los ingresos por alguna otra razón en los próximos doce (12) meses?

Sí No

Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

**+ Deducciones permitidas por contribuciones e ingresos:** Díganos si alguien tiene los siguientes gastos que puedan deducirse de las contribuciones. No incluya gastos de empleo por cuenta propia.

Gasto	¿Quién tiene el gasto?	Cantidad	¿Con cuánta frecuencia?
Deducciones de gastos tales como jubilación y seguro tomadas antes de los impuestos			
Interés de los préstamos estudiantiles			
Manutención conyugal (pensión alimenticia)			
Otro tipo:			

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

    **Preguntas para todos los solicitantes:**

¿Algún adulto para el que está solicitando no puede trabajar debido a una condición médica o mental que ha durado o puede durar 12 meses, o puede resultar en la muerte?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Fecha del último día trabajado? _____ ¿Fecha de regreso esperada? _____
¿Algún menor para el que está solicitando no puede trabajar debido a una condición médica o mental que ha durado o puede durar 12 meses, o puede resultar en la muerte?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo comenzó la condición? _____
¿Alguno de los solicitantes menores de 65 años de edad, tiene una discapacidad que se espere dure al menos 12 meses y está trabajando?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Tiene alguien por quien solicita un tutor legal?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ Nombre del tutor legal: _____
¿Alguno de los solicitantes necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, etc.) mediante la ayuda personal, servicios, hogar de ancianos u otro centro médico?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ Para presentar una solicitud por teléfono o para obtener ayuda, comuníquese con el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) al (602) 417-6600 o llame al (número gratuito) (888) 621-6880.

  **Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo:**

¿Es alguien por el que solicita bracero o trabajador agrícola de temporada?	Sí No	Si es así, ¿qué tipo de trabajador agrícola? _____
¿Está bajo contrato o acuerdo para comenzar a trabajar dentro de 30 días esta persona?	Sí No	
¿Trabaja un mínimo de 30 horas por semana esta persona?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Está usted o alguien por el que solicita en huelga?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Es usted o alguien por el que solicita un huésped?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Son las personas por las que solicita personas sin hogar?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

<p>¿Se ha determinado que alguien por el que solicita tiene ceguera o una discapacidad por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Administración del Seguro Social (SSA) o</li> <li>• La Administración de Veteranos (VA)?</li> </ul>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____</p>
<p>¿Alguna de las personas por las que está solicitando ha sido condenada por un delito grave por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada en o después del 23 de agosto de 1996?</p>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____                  Ciudad/Estado de condena: _____                  Fecha de la condena: _____                  Tipo de condena: _____</p>
<p>Si usted o alguien para el que presenta la solicitud tiene una condena por delitos graves por drogas y le gustaría recibir Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo, ¿está de acuerdo con las pruebas de drogas al azar?</p>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____</p>
<p>¿Alguien por el que solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es prófugo de la justicia por acusaciones de delitos o</li> <li>• Esta en violación de libertad provisional o condicional?</li> </ul> <p>Alguno de los solicitantes ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos graves y esta en violación de la libertad condicional/provisional (parole/probation en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual agravado</li> <li>• Asesinato</li> <li>• Explotación sexual y otros abusos de niños que involucran agresión sexual</li> </ul>	<p>Sí No  Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____  Si es así, ¿quién? _____</p>
<p>¿Se ha encontrado que alguien ha cometido una infracción intencional del programa de Asistencia Nutricional o de Asistencia en Efectivo en Arizona o en cualquier otro estado?</p>	<p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____                  ¿Cuál Estado? _____</p>



**Preguntas para todos los solicitantes:**

¿Asiste a la escuela alguno de los solicitantes?

Sí No **Si contesto "Sí", llene la tabla de a continuación:**

¿Quién?	Nombre de la escuela	Dirección	Tiempo Completo/ Parcial	Grado	Fecha de inicio	Fecha de graduación

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



**Otros beneficios y gastos:** Responda las siguientes preguntas sobre cómo recibir beneficios. Además, responda las preguntas para cualquier persona que tenga una discapacidad o tenga 60 años o más. Cuando un miembro del hogar que tiene una discapacidad o tiene 60 años o más tiene gastos médicos, el hogar puede ser elegible para una Deducción Médica Estándar o gastos médicos de desembolso directo, lo que sea mayor.

¿Algún solicitante ha recibido Asistencia Nutricional de otro estado?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál estado? _____
¿Algún solicitante ha recibido Asistencia en Efectivo de otro estado?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál estado? _____
¿Alguien recibe Tribal Food Distribution?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál tribu? _____
¿Algún solicitante vive en una residencia asistida o en un hogar comunitario?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Alguien en la solicitud tiene una discapacidad o tiene 60 años o más?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
Aunque tenga seguro médico, ¿tiene esta persona algún gasto médico pagado o sin pagar?	Sí No	Promedio total de gastos médicos mensuales \$ _____

**\$ Preguntas de Asistencia en Efectivo:**

¿Está solicitando 12 meses adicionales de Asistencia en Efectivo?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
Actualmente, ¿ha sido sancionado algún adulto en el hogar por el incumplimiento de un requisito del Programa de Jobs?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Todos los menores en el hogar que tienen entre 6 y 15 años tienen un registro de asistencia escolar de al menos el 90%, a menos que el niño haya sido excusado de conformidad con A.R.S. §15-802?	Sí No	Si no, ¿quién no? _____
¿Ha recibido un solicitante Asistencia en Efectivo este mes?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál estado? _____
¿Tienen todos los niños menores de 19 años de edad sus inmunizaciones (vacunas) al corriente?	Sí No	Si contesto "No", ¿quién no? _____

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

  **Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo:**

¿Tiene algún tipo de cuenta bancaria alguien por quien solicita? Sí No

Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? \_\_\_\_\_

¿Quién es el dueño de la cuenta? \_\_\_\_\_

Si la cuenta genera intereses, ¿cuál es la cantidad de intereses que gana mensualmente? \_\_\_\_\_

¿Tiene efectivo, cheques sin cobrar, dinero en una tarjeta de débito prepaga o aplicaciones de transferencia de dinero alguien por quien solicita? Sí No

Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? \_\_\_\_\_

¿Tiene una cuenta de jubilación o una anualidad alguno de los solicitantes? Sí No

Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? \_\_\_\_\_

¿Quién es el dueño? \_\_\_\_\_

Nombre de la institución financiera: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar posee o tiene su nombre en acciones, bonos, cuentas del mercado monetario, certificados de depósito (CD), fondos fiduciarios o seguros de vida? Sí No

Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? \_\_\_\_\_

¿Quién es el dueño? \_\_\_\_\_





Nombre de la institución financiera: \_\_\_\_\_

¿Alguno de los solicitantes posee algún otro terreno o edificio? Sí No

Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? \_\_\_\_\_

¿Quién es el dueño? \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía hipotecaria: \_\_\_\_\_

    **Sin ingresos:** Conteste las siguientes preguntas si no tiene ingresos.

¿Cómo paga sus facturas?

Vive con amigos

Usa dinero de cuentas de ahorros o de cheques

Realiza trabajos esporádicos

Vive de las tarjetas de crédito

Ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Marque la casilla de a continuación y conteste las preguntas para todo lo que corresponda:

Usted recibe préstamos de personas. Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuándo tiene que saldar esta deuda? \_\_\_\_\_

Alguien le da dinero. Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Alguien paga sus facturas directamente. Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuáles facturas? \_\_\_\_\_

Trabaja a cambio de renta.

Número de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_ Renta mensual \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

**+ Preguntas sobre la Asistencia Médica:**

¿Algún solicitante tiene una lesión o enfermedad debido a accidente o negligencia médica? Sí No  
 Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Actualmente alguno de los solicitantes esta admitido en un hospital? Sí No  
 Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

**+ \$ Cobertura de Seguro Médico:**

¿Alguno de los solicitantes tiene un seguro médico que no sea AHCCCS o Medicare?  
 Sin contesto "Sí", proporcione los detalles de a continuación. Sí No

¿Quién es el titular de la póliza? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada	Nombre del proveedor de seguro	Número de póliza	Fecha de vigencia de la Cobertura

¿Algún niño menor de 19 años para el que está solicitando califica para beneficios de salud (incluso si eligen no inscribirse) a través del Estado de Arizona porque:

- Un padre o padrastro (dentro o fuera de la casa) trabaja para un empleador (estado u otra agencia pública) que ofrece cobertura de seguro médico mediante el Estado de Arizona y es elegible para obtener cobertura de seguro médico;
- El menor o el cónyuge del menor trabaja para un empleador (estatal u otra agencia pública) que ofrece cobertura de seguro médico mediante el Estado de Arizona y es elegible para obtener cobertura de seguro médico?

Sí No

Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Han tenido cobertura de seguro médico en los últimos 90 días cualquier menor de 19 años de edad? Si contesto "Sí", proporcione la información solicitada a continuación. Sí No

Menor(es) que perdieron la cobertura de seguro médico	
Nombre del titular de la póliza	
Nombre de la compañía de seguros	
Número de grupo	
Número de póliza	
Número de teléfono de la compañía de seguros	
Fecha final de la cobertura	

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

¿Por qué se terminó la cobertura de seguro médico?

Cuesta demasiado dinero.

La cobertura se realizó mediante Medicare/  
KidsCare, o mediante los créditos fiscales  
anticipados para primas (APTC por sus siglas en  
inglés) o las reducciones de costos compartidos.

Cambió o terminó el trabajo.

Divorcio o muerte de un padre.

El empleador dejó de ofrecer cobertura para los  
dependientes.

Otro: \_\_\_\_\_

Si el costo del seguro médico es demasiado:

La prima mensual para cubrir a una persona es:

\$ \_\_\_\_\_

La prima mensual para cubrir a una familia es:

\$ \_\_\_\_\_

Se aprobó para el APTC porque se determinó que el seguro ofrecido por el empleador es prohibitivo.

¿Tiene una enfermedad crónica algún menor de 19 años para el que usted solicita? Sí No

(Una condición médica que requiere tratamiento frecuente y continuo y que si no se trata de manera adecuada afectará gravemente la salud en general de la persona).

Si contesto "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

**+** **Selección del plan de salud:** Por favor, consulte a la página J para conocer las opciones de planes de inscripción para todas las personas que solicitan Asistencia Médica.

	Nombre	Selección del plan de salud
Persona 1:		
Persona 2:		
Persona 3:		
Persona 4:		
Persona 5:		
Persona 6:		

**+** **Seguro en el trabajo:** Díganos sobre el seguro médico que pueda ofrecerse mediante un trabajo.

¿Alguien es elegible para la cobertura de seguro médico ofrecido por un empleador o será elegible para la cobertura en los próximos 60 días?

Sí No No lo sé

Si contesto **SÍ**, conteste las preguntas de a continuación. Si contesto **NO** o **NO LO SÉ**, continúe a la próxima sección.

Díganos sobre el trabajo que ofrece cobertura de seguro médico. Si hay planes ofrecidos por más de un empleador y necesita más espacio, adjunte páginas adicionales. Si necesita ayuda con la información, comuníquese con el empleador.

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ SSN del empleado: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Empleador (EIN): \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Con quién nos comunicamos para obtener información de la cobertura de seguro médico en este trabajo? \_\_\_\_\_

Si está en un período de espera o de prueba para un seguro ofrecido por un empleador, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? \_\_\_\_\_

¿Quién es elegible para la cobertura de este trabajo? \_\_\_\_\_

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?\*

Sí No No lo sé

Si contesto **SÍ**, conteste las preguntas de a continuación. Si contesto **NO** o **NO LO SÉ**, continúe a la próxima sección. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo\* ofrecido sólo al empleado (no incluye los planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si el empleado recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar:

¿Cuánto tiene que pagar el empleado en primas para ese plan? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia tendrá que pagar la prima el empleado?

Semanal Dos veces al mes Cada 2 semanas Mensual Trimestral Anual

No lo sé Otra: \_\_\_\_\_

¿Qué cambios hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo\*

¿Cuánto tiene que pagar el empleado en primas para ese plan? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia tendrá que pagar la prima el empleado?

Semanal Dos veces al mes Cada 2 semanas Mensual Trimestral Anual

No lo sé Otra: \_\_\_\_\_

\* Un plan de salud patrocinado por un empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos.

### Renovación de cobertura de créditos fiscales en años futuros:

Para que sea más fácil que el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal determine mi elegibilidad de asistencia para pagar la cobertura médica en años futuros, estoy de acuerdo en permitir que el mercado utilice datos de ingresos, incluso la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y puedo excluirme en cualquier momento.

Sí, renové mi elegibilidad para los próximos:

5 años 4 años 3 años 2 años 1 año

No, no use mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura

## ¿Quiénes pueden firmar la solicitud?



Para la Asistencia Médica las siguientes personas pueden firmar la solicitud:

- El solicitante o el designado del solicitante (debemos tener documentación indicando que esta persona está autorizada a actuar en nombre del solicitante); o
- Un adulto que está en el grupo de presupuesto MAGI del solicitante (grupo de impuestos),
- El padre o tutor legal de un menor de edad.

La solicitud no es válida hasta que se firme.



Para la Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis, las siguientes personas pueden firma la solicitud:

- El solicitante, un miembro responsable del hogar o una persona que representa al solicitante

La solicitud no es válida hasta que se firme

## Disposiciones y Sanciones Civiles y Penales por Infracciones Previstas en la Ley de Alimento y Nutrición de 2008.

**Cualquier participante que viole cualquiera de las reglas a propósito puede ser excluido de la Asistencia Nutricional por 12 meses o permanentemente, recibir una multa de hasta \$250,000 y/o encarcelarlo hasta por 20 años. El participante también puede estar sujeto a enjuiciamiento bajo otras leyes federales y estatales aplicables. El participante también puede ser excluido de Asistencia Nutricional por 18 meses adicionales si la corte lo ordena.**

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

- Enjuiciamiento criminal
- Multas
- Prisión
- Otras sanciones previstas por las leyes estatales y federales

**Usted o un miembro del hogar no será elegible para recibir los beneficios de Asistencia Nutricional si usted o el miembro del hogar:**

- Ha sido condenado o declarado culpable en un tribunal de justicia por usar u obtener beneficios de Asistencia Nutricional en una transacción relacionada con la venta de armas de fuego, municiones o explosivos. Esta persona nunca podrá volver a recibir los beneficios de Asistencia Nutricional.
- Ha sido declarado culpable de usar u obtener beneficios de Asistencia Nutricional en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada. Esta persona no es elegible para recibir beneficios de Asistencia Nutricional durante 2 años por la primera violación y permanentemente por la segunda violación.
- Rompe intencionalmente las reglas para obtener beneficios de Asistencia Nutricional. Esta persona será descalificada para recibir beneficios de Asistencia Nutricional por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa. Además, esta persona puede recibir una multa de hasta \$250,000 dólares, una pena de prisión de hasta 20 años o ambas.

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

- Un tribunal de justicia ha determinado que proporciona una identificación falsa o información de residencia para obtener beneficios en más de un caso al mismo tiempo. Esta persona no será elegible para los beneficios de Asistencia Nutricional durante 10 años.
- Ha sido declarado culpable por un tribunal de tráfico de beneficios por un monto total de \$500 o más. Esta persona no será elegible permanentemente para participar en el programa de Asistencia Nutricional la primera vez que ocurra tal violación

### **Advertencia de sanción**

La información proporcionada en este formulario puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales. Si cualquier información es incorrecta, los beneficios pueden denegarse.

- 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 de programas o beneficios del DES y AHCCCS.

### **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 médico 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 accidente o discapacidad 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 médico 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.

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

- 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.
- El Estado no mantendrá cualquier atraso que sea mayor que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.

## Declaraciones

Al firmar esta solicitud:

- Acepto haber leído y comprendido las reglas y sanciones incluidas con la solicitud. He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades, y el requisito de proporcionar números de Seguro Social para cada solicitante que tenga un número de Seguro Social.
- Acepto haber leído y comprendido la cesión de derechos a otros beneficios de Asistencia Médica.
- Acepto que he leído y entiendo la cesión de los derechos de sustento para la Asistencia en Efectivo.
- Estoy de acuerdo en que ciertos miembros del hogar con Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo cooperarán con los programas de trabajo, lo que incluye buscar trabajo y aceptar capacitación y / o trabajo. Si alguien no busca o no busca trabajo, asiste a una capacitación o acepta un trabajo, mis beneficios pueden reducirse o interrumpirse.
- Estoy de acuerdo en cooperar con el personal federal o de Arizona para completar una revisión de control de calidad sobre mi elegibilidad para los beneficios.
- En el caso de que DES o sus agentes participen en actividades de cumplimiento de sustento infantil que me involucren, entiendo que los Subprocuradores Generales y los Subprocuradores del Condado que manejan los casos representan a DES, y no a mí ni a mis hijos.
- Si mi caso de sustento infantil llega a la corte, entiendo que cierta información personal contenida en esta solicitud o mis registros de DES pueden ser divulgados a la corte y otras partes del caso y se convierte en un documento de registro público.
- Por la presente también acepto aceptar la notificación del proceso por correo de primera clase con respecto a cualquier procedimiento de paternidad o sustento de menores iniciado por DES y sus agentes.
- Entiendo que mis registros se mantendrán confidenciales y solo se divulgarán para los fines autorizados por la ley federal y estatal.
- Entiendo que es posible que deba pagar una prima si estoy inscrito en el programa KidsCare o Freedom to Work.

## Envío de la solicitud por correo

Envíe su solicitud firmada junto con cualquier documentación de respaldo a la siguiente dirección:



**Arizona Department of Economic Security**  
**Family Assistance Administration**  
**P.O. Box 19009**  
**Phoenix, Arizona 85005-9009 O**  
**Envíe un fax al (602)257-7031 o al número gratuito (844)680-9840**



**Nota: Usted puede presentar una solicitud con sólo su nombre, dirección y la firma del miembro responsable del hogar o de su representante autorizado. La elegibilidad no puede determinarse hasta que llene toda la solicitud y firme bajo pena de perjurio arriba.**

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

## No Envíe Solicitudes Aquí

### Declaración de No Discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del USDA en materia de derechos civiles el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen en, o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas en materia de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información de programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en [Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. **Correo:** USDA Food and Nutrition Service,  
1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
2. **Correo electrónico:** [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

## No Envíe Solicitudes Aquí

---

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. • Available in English online or at the local office.

## **Notice of Non-Discrimination**

The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) and the Department of Economic Security (DES) comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS and DES do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS and DES provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats). AHCCCS and DES provide free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Health-e-Arizona Plus Customer Support Center at 1-855-432-7587 (TTY: 711). Also, under the Food Stamp Act and USDA policy, DES is prohibited from discriminating on the basis of religion or political beliefs.

If you believe that AHCCCS or DES failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

Submit your AHCCCS grievance to: General Counsel, AHCCCS Administration, Office of Administrative Legal Services, MD 6200, 801 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 Fax: (602) 253-9115 Email: [EqualAccess@azahcccs.gov](mailto:EqualAccess@azahcccs.gov). You can also file an AHCCCS civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, or by mail at

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: (202) 368-1019 (voice), 800-368-1019 (toll-free), 800-537-7697 (TTY). Email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Submit your DES discrimination complaint/grievance to: Arizona Department of Economic Security, Office of Equal Opportunity, P.O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, Arizona 85005-6123; or by fax: (602) 364-3982. Email: [OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov)

DHHS: Write DHHS, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D. C. 20201 or call (202) 368-1019 (voice), (800) 368-1019 (toll-free) or (800) 537-7697 (TTY). Fax (202) 619-3818. Form: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

USDA: You may complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, or at any USDA office. For help filling out the form, call: (833) 620-1071 (toll-free customer service) or (800) 877-8339 (relay voice users). You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

## **Aviso de No Discriminación**

El programa de seguro médico público estatal *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)* y el Departamento de Seguridad Económica (*Department of Economic Security / DES*) cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Las agencias *AHCCCS* y *DES* no excluyen a las personas ni las tratan de manera distinta por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Las agencias *AHCCCS* y *DES* proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como intérpretes de idioma de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). Las agencias *AHCCCS* y *DES* proporcionan servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyas lenguas vernáculas no sean el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesitara estos servicios, comuníquese con el Centro de Servicios a Clientes de *Health-e-Arizona Plus* al 1-855-432-7587 (TTY: 711). Además, de conformidad con la Ley General de las Estampillas Para Alimentos (*Food Stamp Act*) y la política de la Secretaría Federal de Agricultura de los Estados Unidos (*United States Department of Agriculture*), se le prohíbe al DES discriminar por motivo de creencias religiosas o políticas.

Si le pareciera que las agencias *AHCCCS* o *DES* no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de cualquier otra manera por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, podrá presentar una querrela. Podrá presentar la querrela en persona, por correo, por fax o por correo electrónico (*email*). Su querrela deberá constar por escrito y deberá presentarse en los 180 días siguientes a la fecha en la que la persona que presente la querrela se percatara de lo

que le pareciera un discrimen.

*Presente su querella contra AHCCCS a:*

*General Counsel*

*AHCCCS Administration*

*Office of Administrative Legal Services*

*801 E. Jefferson St.*

*MD 6200*

*Phoenix, AZ 85034*

Por fax al (602) 253-9115; por correo electrónico (*email*) mediante [EqualAccess@azahcccs.gov](mailto:EqualAccess@azahcccs.gov).

También podrá presentar una querella de derechos civiles contra AHCCCS ante la Oficina de Derechos Civiles de la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) electrónicamente mediante el Portal de Querellas de la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights Complaint Portal*), disponible mediante <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; o por correo a:

*Office for Civil Rights*

*U.S. Department of Health and Human Services*

*200 Independence Avenue, SW*

*Room 509F, HHH Building*

*Washington, D.C. 20201*

O por teléfono al 800-368-1019 (teléfono gratuito), (202) 368-1019 (voz), 800-537-7697 (TTY), y (202) 619-3818 para fax. Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). La forma de querella está disponible mediante <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

Presente su querrela por discrimen contra DES a:

*Arizona Department of Economic Security, Office of Equal Opportunity, P. O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, Arizona 85005-6123; o por fax: (602) 364-3982. Correo electrónico: [OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov).*

Ante la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS):

*Escriba a: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D. C. 20201; o llame al (202) 368-1019 (por voz), (800) 368-1019 (teléfono gratuito), o (800) 537-7697 (TTY). Fax: (202) 619-3818. Correo electrónico: [OCCRCComplaint@hhs.gov](mailto:OCCRCComplaint@hhs.gov). La forma de querrela está disponible mediante <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>*

Ante la Secretaría Federal de Agricultura (USDA): Podrá rellenar la \*Forma de querrela por discrimen en programas de la Secretaría Federal de Agricultura.\* (*USDA Program Discrimination Complaint Form*) por Internet en

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> o en cualquier oficina de USDA. Para obtener ayuda para completar el formulario, llame al: (833) 620-1071 (servicio de atención al cliente gratuito), (800) 877-8339 (retransmitir usuarios de voz). También podrá escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en la forma. Envíenos su forma rellena o carta de querrela por correo a: *Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).*



¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).



**Inscripción de votantes: Díganos si a alguna persona mayor de 18 años de edad anotada en esta solicitud le gustaría inscribirse para votar**

---

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse para votar el día de hoy? Vaya a la última página adjunta de esta solicitud, la cual es el formulario de "Pregunta de Preferencia del Votante". Lea la información, marque "Sí" o "No" y después firme y feche el formulario donde se le indica.

Solicitar inscribirse o decidir a no inscribirse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Si le gustaría tener ayuda para llenar el formulario de Pregunta de Preferencia del Votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si desea inscribirse para votar o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja con el State Election Director, Secretary of State's Office, 1700 West Washington, Phoenix, AZ 85007, 602-542-8683.

También puede tener acceso a un formulario preferencia de votantes al visitar <https://servicearizona.com/VoterRegistration/selectLanguage>.

---

## **Formulario de Pregunta de Preferencia del Votante**

El formulario de Pregunta de Preferencia del Votante está en la última página.

Por favor, léala y conteste "Sí" o "No."

Firme y ponga la fecha en el formulario bajo "Firma de cliente"

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite [www.healthearizonaplus.gov](http://www.healthearizonaplus.gov) o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

DES-1231A FORSSF (12-23)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

## LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES PREGUNTA DE PREFERENCIA DEL VOTANTE

Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará el Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES, por sus siglas en inglés) ni afectará su elegibilidad para un programa o servicio del DES. Si no se ha registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí y ahora?

Sí      No

### SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si marca 'Sí' o no selecciona ninguna de las casillas, se le proporcionará un formulario de inscripción de votante. Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede llenar la solicitud en privado. Puede llevarse el formulario con usted y enviarlo por correo usted mismo/a a la oficina del Registrador del Condado (County Recorder en inglés) o puede llenar el formulario aquí mismo y entregárselo a un empleado.

Ya sea que elija registrarse para votar o no, su elección y cualquier información que proporcione es confidencial. Se usará solo para fines del censo electoral. Este formulario se mantendrá separado de cualquier documento relacionado con la asistencia. Todos los formularios de inscripción de votantes y los anexos que reciba el DES se enviarán a la oficina del Registrador del Condado.

*NOTA: Asistencia lingüística gratuita para los servicios de DES está disponible a petición. Para obtener información adicional e instrucciones sobre cómo completar el proceso de inscripción de votantes, puede llamar al 1-877-THE VOTE.*

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(o las iniciales del personal en caso de que el cliente no quiera firmar el formulario)

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad a fin de decidir si desea o no inscribirse, o su derecho de elegir su propio partido político o alguna otra preferencia política, podrá presentar una queja a:

**State Election Services Director - Office of the Secretary of State**  
**1700 West Washington St. Phoenix, Arizona 85007 - Llame al (602) 542-8683 -o al- (877) 843-8683**

### Sólo para uso oficial

Complete el Método de encuentro para cada transacción cubierta.

#### Método de encuentro:

En persona (cara a cara)      Remoto (teléfono, en línea, entrega)

**Cuando la respuesta a la pregunta "¿Le gustaría solicitar registrarse para votar aquí y ahora?" arriba, sea "Sí" o no esté marcada ninguna de las dos casillas, por favor responda las dos preguntas a continuación:**

Pregunta 1: ¿Cuál fue la respuesta a la pregunta de preferencia del votante del cliente?

Sí      No marcó ninguna casilla

Pregunta 2: Se proporcionó el formulario de registro de votantes (DES-1232A):

En persona      Por correo de los EE.UU.      Por algún método de Internet (en línea)