

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA PARA REFUGIADOS

Como cliente elegible del Programa de reasentamiento de refugiados de Arizona (Arizona Refugee Resettlement Program) en Arizona, se le entregará este documento en el idioma que usted prefiera. Si prefiere que este documento se interprete en el idioma que usted elija, se presta servicio de interpretación cuando se pida.

Todos los refugiados y otros beneficiarios elegibles que llegan a Arizona tienen derecho a pedir asistencia médica para refugiados (RMA). La RMA es un programa de beneficios médicos de un máximo de doce meses para refugiados y otros beneficiarios elegibles y a los que se les niegue Medicaid de Arizona (un programa de seguro médico), también conocido como Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), en el momento de su llegada y que se sitúen por debajo del 200% del nivel federal de pobreza, o a los que se les haya suspendido la cobertura de Medicaid de Arizona debido a que los ingresos procedentes del empleo superan el límite de elegibilidad de ingresos de Medicaid de Arizona. La RMA puede pagar los gastos médicos aprobados y permitidos durante un máximo de doce meses después de su llegada a Estados Unidos o de que la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement), le conceda el estatus de refugiado, que es la fecha en la que recibe un estatus migratorio que lo hace elegible para recibir servicios específicos para refugiados. Aunque la RMA solo está disponible por un máximo de doce meses consecutivos, la cobertura es similar a la que da el AHCCCS. Para obtener más información sobre la cobertura del AHCCCS, por favor visite: <https://www.azahcccs.gov/>.

Puede inscribirse en la RMA con la ayuda de: Una Agencia Local de Reasentamiento (Local Resettlement Agency, LRA) que lo patrocinó, su grupo patrocinador privado mediante Welcome Corps, o cualquier organización que lo asista con servicios que tenga acceso al Sistema de Base de Datos en Línea de los Programas de Reasentamiento de Refugiados de Arizona (ARRPODS). Cualquiera de estos grupos/organizaciones puede presentar una solicitud de asistencia médica para refugiados en su nombre si quiere. Además, una vez que su AHCCCS sea dado de baja, el AHCCCS compartirá esta información de baja con RRP, y RRP puede inscribirlo automáticamente en la RMA en el momento de su baja del AHCCCS. Firmando esta solicitud, reconoce y acepta que lo inscriban en RMA en caso de que se le considere no elegible para AHCCCS y se encuentre en los primeros 12 meses de su llegada o de que se le conceda el estatus de elegible.

Si le aprueban los beneficios de RMA, recibirá una tarjeta de RMA que detalla su cobertura, incluyendo las fechas de comienzo y finalización de los beneficios. Tiene los siguientes derechos y responsabilidades como solicitante de RMA:

- El derecho a que se determine su elegibilidad para la RMA en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la firma de esta solicitud, o en el momento de la baja del AHCCCS por ingresos procedentes del empleo si el AHCCCS comunicó esta información a RRP.
- Derecho a recibir los servicios para los que califica de acuerdo con las reglamentaciones federales y estatales y según la disponibilidad de servicios y las limitaciones fiscales.
- La responsabilidad de informar detalladamente todas las situaciones que afecten a esta solicitud y de informar al administrador de casos, en un plazo de cinco días, de cualquier cambio en su situación que afecte su elegibilidad (por ejemplo, mudarse permanentemente fuera de Arizona, cambio de ingresos, etc.).
- La responsabilidad de trabajar con todos los esfuerzos de la agencia para establecer su elegibilidad. Acepta una investigación completa de su elegibilidad, incluyendo consultas a empleadores, médicos y otras personas negociantes y profesionales. También acepta que se revisen otros registros de la agencia.

Actualmente recibe servicios de reasentamiento de refugiados de: _____

SOLICITUDES ENVIADAS

Yo (*testigo/administrador de casos*) _____, evalué el caso y confirmé que envié la solicitud apropiada de RMA mediante ARRPODS en nombre de los solicitantes, si corresponde.

NOMBRES DE LOS SOLICITANTES DE LA RMA

NOMBRES DE LOS SOLICITANTES DE LA RMA

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

SOLICITUD DE PRUEBA MÉDICA PARA REFUGIADOS

Como cliente elegible del Programa de reasentamiento de refugiados de Arizona en Arizona, se le entregará este documento en el idioma que prefiere. Si prefiere que este documento se interprete en el idioma que elija, se prestará servicio de interpretación cuando se pida.

Es elegible para enviar una solicitud para la prueba médica para refugiados (MS). La MS se hace en los primeros 90 días después de su llegada o de que se le conceda el estatus de elegible e incluye un examen físico, historia médica, vacunas, pruebas generales de laboratorio y pruebas de enfermedades infecciosas. También incluye rayos x de pecho. Esta MS es gratuita por completo para usted. El propósito de este examen es hacer un seguimiento de las condiciones que se hayan identificado en su examen médico en el extranjero, si recibió ese examen, e identificar nuevos problemas médicos que puedan ser un reto para el éxito de su reasentamiento. Es su introducción en el sistema de atención médica, y recibirá remisiones a un médico de atención primaria y a los especialistas que pueda necesitar para cuidados posteriores.

Una Agencia Local de Reasentamiento (Local Resettlement Agency, LRA) que lo patrocinó, su grupo patrocinador privado mediante Welcome Corps, o cualquier organización que lo inscriba a ARRPODS, puede presentar una solicitud de la MS en su nombre, si quiere. El Programa de reasentamiento de refugiados (RRP) de Arizona determina la elegibilidad para la MS.

Para hacer la remisión al proveedor de la MS, debe autorizar a RRP a coordinarse con su representante. También debe autorizar a RRP a enviar su información al proveedor de la MS. Abajo puede indicar si autoriza o no esta actividad.

Por favor, marque abajo:

Me gustaría recibir una prueba médica. Estoy rechazando la prueba médica.

Yo _____, selecciono la siguiente opción que permitirá o no a RRP comunicarse con la agencia de la que estoy recibiendo los servicios de reasentamiento para coordinar los servicios.

Autorizo. No autorizo.

Yo _____, selecciono la siguiente opción que permitirá o no que RRP envíe mi contacto, información personal, documentación de elegibilidad y la información de contacto/personal/ documentación de elegibilidad de cualquier dependiente mencionado en la sección de solicitud abajo, al proveedor de la MS en mi condado, mediante AARRPODS, para ayudar a completar mi MS. Tengo derecho a rechazar dichas transferencias de mis datos personales que RRP haga en mi nombre, y la remisión de evaluación se puede hacer mediante otros procesos físicos.

Autorizo. No autorizo.

Yo _____, selecciono la siguiente opción que permitirá o no que RRP envíe mi fotografía o fotografías de cualquiera de mis dependientes mencionados en la sección de solicitud de abajo, al proveedor de MS que opera en mi condado, mediante ARRPODS, para facilitar la compleción de mi MS. Las fotografías únicamente se usarán para ayudar al proveedor deMS en la identificación del cliente.

Autorizo. No autorizo.

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

SOLICITUDES ENVIADAS

Yo (*testigo/administrador de casos*) _____, evalué el caso y confirmo que envié la solicitud de MS apropiada mediante ARRPODS en nombre de los solicitantes.

NOMBRES DE LOS SOLICITANTES DE LA PRUEBA MÉDICA

FIRMAS/CERTIFICACIÓN

Certifico que soy un refugiado u otro beneficiario elegible admitido en los Estados Unidos bajo la Ley de Refugiados de 1980, pidiendo servicios de RRP y que la información presentada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Tutor/representante autorizado: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente menor: _____

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____

(*Sí se rechazaron los servicios de interpretación, escriba "N/A" arriba*).

Servicios de interpretación rechazados (*firma del cliente aquí*): _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

ADMINISTRACIÓN DE CASOS Y SERVICIOS DE EMPLEO DEL PROGRAMA DE REASENTAMIENTO DE REFUGIADOS

Como parte del proceso de prestación de servicios, el Programa de reasentamiento de refugiados de Arizona (RRP) o cualquier proveedor de servicios contratado por RRP del que reciba servicios, puede hacer remisiones a otros proveedores de servicios financiados por RRP. El RRP o sus proveedores contratados harán esas remisiones mediante el Sistema de Datos en Línea del Programa de Reasentamiento de Refugiados de Arizona (ARRPODS). La información compartida incluye contacto, información personal, documentación de elegibilidad y una fotografía del cliente. Tiene derecho a rechazar las transferencias de sus datos personales que RRP o sus proveedores de servicios contratados hagan en su nombre, y la inscripción se podrá hacer mediante otros procesos físicos.

Yo _____, selecciono la siguiente opción que permitirá o no a RRP, o a cualquier proveedor contratado por RRP de quien yo reciba servicios, enviar mi contacto, información personal, documentación de elegibilidad, y la información de contacto/personal/documentación de elegibilidad de cualquier dependiente mencionado abajo mediante ARRPODS, para facilitar mi inscripción en servicios de administración de casos o empleo financiados por RRP cuando pida servicios prestados por otro contratista de RRP.

Autorizo. No autorizo.

Yo _____, selecciono la siguiente opción que permitirá o no a RRP enviar mi fotografía y las fotografías de cualquiera de mis dependientes mencionados abajo, a los servicios de administración de casos y empleo financiados por RRP, mediante ARRPODS. Las fotografías solo se usarán para ayudar a los proveedores financiados por RRP en la identificación del cliente.

Autorizo. No autorizo.

NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES	

COMPARTIR DATOS CON PROVEEDORES DE SERVICIOS O PROGRAMAS DE BENEFICIOS NO CONTRATADOS

Durante su período de servicio, puede prestar a RRP o a un proveedor de servicios contratado/no contratado por RRP autorización para compartir su información personal, y la de cualquier dependiente mencionado arriba, con un proveedor de servicios o programa de beneficios no contratado por RRP para que RRP lo pueda a inscribirse en servicios o beneficios. Para compartir esta información, RRP o los proveedores de servicios contratados/no contratados por RRP necesitan su consentimiento por escrito. Abajo puede escribir qué proveedores de servicios o programas de beneficios permitirá que RRP o los proveedores de servicios contratados/no contratados por RRP compartan su información.

PROVEEDOR DE SERVICIOS O NOMBRE DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS	TIPO DE SERVICIO O BENEFICIO

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

FIRMAS/CERTIFICACIÓN

Certifico que soy un refugiado u otro beneficiario elegible admitido en los Estados Unidos bajo la Ley de Refugiados de 1980, pidiendo servicios de RRP y que la información presentada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Tutor/representante autorizado: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente menor: _____

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____

(Si se rechazaron los servicios de interpretación, escriba "N/A" arriba).

Servicios de interpretación rechazados *(firma del cliente aquí)*: _____ Fecha: _____