

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite 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 H.

¿Para qué es esta solicitud?

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

- Seguro médico de AHCCCS gratuito o de bajo costo
- Ayuda con sus costos de Medicare
- Asistencia Nutricional
- Asistencia en Efectivo/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)
- Control de Tuberculosis
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudarle a pagar sus primas de seguro médico

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:

- Si están casados, su cónyuge
- Sus hijos menores de 22 años que viven con usted
- Su pareja que vive con usted (pero sólo si tienen juntos a un hijo que necesita seguro médico o Asistencia en Efectivo)
- Personas que pueda reclamar en su declaración de impuestos como dependientes aunque no vivan con usted
- Parientes menores de 19 años bajo su cuidado y que viven con usted
- Personas con las que vive que compren y preparen comida con usted

Si desea elegir a un representante que llene su solicitud, llene el formulario de Representante Autorizado en las páginas 1 y 2 de la solicitud.

¿En dónde más puedo solicitar?

Puede solicitar más rápido en línea al visitar www.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).

Usted 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).

¿Qué pasa si necesito ayuda?

Por favor, díganos si necesita ayuda para llenar esta solicitud. Si necesita un intérprete de idioma o adaptaciones para una discapacidad, marque el tipo de ayuda que necesita en la página 1 de la solicitud.

En línea: www.healthearizonaplus.gov

Teléfono: 1-855-HEA-PLUS (432-7587)

En persona: Visite <https://des.az.gov/> para encontrar la oficina más cercana a usted.

¿Qué información necesito para llenar esta solicitud?

Puede presentar una solicitud con sólo su nombre, dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o de su representante autorizado. Esto mantendrá su fecha de solicitud. No puede determinarse la elegibilidad hasta que llene toda la solicitud y participe en una entrevista para Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo. Si es elegible, los beneficios se proporcionarán desde la fecha que la agencia reciba la solicitud.

Tenga en cuenta que: Si una solicitud es presentada cuando el solicitante está en una institución, la fecha de la solicitud no será cuando la presente sino cuando el solicitante salga de la institución.

¿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.

Mantendremos toda la información que nos proporcione de manera privada, según lo exija 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

¿Necesito un número de Seguro Social?



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

- Si usted o cualquier persona por la que está solicitando no tiene un SSN, lo remitiremos a la oficina del Seguro Social para que solicite uno. Los inmigrantes que legalmente no pueden obtener un SSN no están obligados a proporcionar o solicitar uno. Cualquier persona por la que está solicitando y que legalmente pueda obtener un SSN pero que no tiene o no solicita uno, no será elegible para recibir beneficios.
- Si no solicita beneficios para usted mismo, no tiene que darnos su SSN. Sin embargo, puede reducir la cantidad de beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo para la persona por la que está solicitando porque no lo incluiremos a usted en la cantidad de beneficios.
- No usaremos su SSN como número de identificación de AHCCCS o DES.
- No divulgaremos cualquier SSN al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

Usamos su información, incluso su SSN para:

- Verificar su identidad.
- Verificar ingresos y recursos.
- Prevenir la duplicación de beneficios.
- Establecer y ejecutar el sustento para menores.
- Llevar a cabo una comparación computarizada con agencias estatales, locales y federales, y nuestros otros programas para verificar la información. La información disponible mediante el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés) se solicitará, usará y podrá verificarse mediante contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. Esta información puede afectar el nivel de elegibilidad y beneficios.
- Cobrar el dinero que le hayamos pagado en exceso mediante sus beneficios.
- Compartir con otras agencias gubernamentales y sus contratistas para evaluar la administración y cumplimiento del programa de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo.
- Podemos divulgar su información a los agentes del orden público con el fin de arrestar a las personas que huyen para evitar la ley.

Si no podemos comprobar la información proporcionada mediante las fuentes que tenemos a nuestra disposición, entonces tendrá que proporcionarnos pruebas de la información para que decidamos si usted es elegible.

DES y/o AHCCCS mantendrán su información por lo menos 7 años.

¿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.

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

- 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.

Las agencias estatales tienen que usar el sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE por sus siglas en inglés). El estado de extranjero de los solicitantes puede estar sujeto a verificación por USCIS mediante el envío de información de la solicitud a USCIS. La información enviada recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.

¿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/a, recibirá una carta en la que se le explicarán 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 no recibe aprobación, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón por la cual tomamos nuestra decisión.

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



Si le aprueban Asistencia Médica de AHCCCS y/o ayuda con costos de Medicare, recibirá una carta de aprobación. Recibirá su tarjeta de identificación de AHCCCS del 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 el plan de inscripción.

Si le aprueban Asistencia Nutricional, Asistencia en efectivo y/o Control de Tuberculosis, recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT por sus siglas en inglés). Esta tarjeta funciona como una tarjeta de débito. Usted recibirá un panfleto con instrucciones sobre cómo usar la tarjeta. Puede tomar hasta 40 horas para que los beneficios estén disponibles. Usted puede llamar al número de servicio al cliente que aparece en la parte posterior de la tarjeta para revisar el saldo de sus beneficios.

Importante: Es ilegal usar su tarjeta de EBT para hacer cualquiera de lo siguiente:

- 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 SNAP.
- Si solicita más de dos 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 costos de Medicare y/o Asistencia en Efectivo, usted tiene que tomar las medidas necesarias para obtener cualquier anualidad, pensiones, jubilación y beneficios por incapacidad a los que pueda tener derecho, incluso, pero sin limitarse a, beneficios de Seguro Social, jubilación ferroviaria, beneficios de veteranos y compensación por desempleo.



Para la Asistencia Médica de AHCCCS y/o Asistencia en Efectivo, tiene que darnos 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 la Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, tiene que informarnos de sus gastos y proporcionar pruebas para recibir las deducciones de los siguientes gastos: sustento para menores ordenado por el tribunal, gastos de cuidado de niño o adulto dependiente, gastos médicos, costo de transporte al y del proveedor de atención médica o cuidado diario de un niño o adulto dependiente, pagos de renta o hipoteca, costos de servicios públicos u otros costos de vivienda.

¿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.

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

- 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 usted, su representante o cualquier miembro de su hogar oculta información o da información falsa con el propósito de recibir o continuar a recibir beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo a los que usted no tiene derecho, dicha persona estará sujeta a:

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

Si recibe Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, usted tiene que seguir las reglas de a continuación:

- Es obligatorio que coopere con una investigación de fraude. Para Asistencia en Efectivo, la falta de cooperación puede resultar en el cierre del caso y en la terminación de beneficios dentro de los diez (10) días a partir del aviso de terminación de la agencia.
- No proporcione declaraciones falsas u oculte información. Si no dice la verdad, tendrá que reembolsarle al DES los beneficios que reciba y puede ser llevado ante un tribunal.
- No haga nada deshonesto para obtener beneficios a los que usted no tiene derecho.
- No compre, venda, cambie ni transfiera de otro modo los beneficios de Asistencia Nutricional o la tarjeta de EBT suyos o de otra persona.
- No compre envases con depósitos con el propósito de descartar el producto y devolver los envases para obtener depósitos de reembolso en efectivo.
- No venda productos comprados con beneficios de Asistencia Nutricional para cambiar esos productos por dinero en efectivo o artículos que no sean alimentos permitidos.
- No robe beneficios de Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo.
- No use beneficios de Asistencia Nutricional para comprar artículos que no sean alimentos, tales como alcohol o tabaco.
- No altere una tarjeta de EBT.
- No use la tarjeta de EBT de otra persona a menos que usted sea un usuario autorizado que esté aprobado por el DES.

Usted o un miembro de su hogar no serán elegibles para recibir beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo si usted o el miembro de su hogar:

- **Ha sido condenado o declarado culpable en un tribunal de usar o recibir beneficios de Asistencia Nutricional en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos. Esta persona nunca podrá volver a recibir beneficios de Asistencia Nutricional.**

- Tienen sancionados sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Usted o el miembro del hogar serán sancionados el 50% por el primer incidente y el 100% por el segundo incidente si cualquier adulto ha renunciado voluntariamente a un trabajo sin justificación o ha vendido, poseído o usado una sustancia controlada en violación de A.R.S. Title 13.
- **Ha sido declarado culpable de usar o recibir beneficios de Asistencia Nutricional en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada. Esta persona no es elegible para recibir beneficios de Asistencia Nutricional por 2 años por la primera infracción y de manera permanente por la segunda infracción.**
- **A sabiendas rompe las reglas para recibir beneficios de Asistencia Nutricional. Lo descalificaremos de recibir beneficios de Asistencia Nutricional por 12 meses por la primera infracción, 24 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. Además, puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelado por hasta 20 años o ambos. Usted y/o los miembros de su hogar pueden estar sujetos a otros enjuiciamientos conforme a las leyes federales, y un tribunal puede ordenar una descalificación adicional de hasta 18 meses.**
- **Ha sido declarado culpable por un tribunal de que ha presentado información de identificación o residencia falsa para recibir beneficios en más de un caso. Tal persona no será elegible para recibir beneficios por 10 años.**
- **Ha sido declarado culpable por un tribunal de haber traficado beneficios por una cantidad total de \$500 o más, no será elegible para participar en el programa de manera permanente en el primer incidente de dicha infracción.**
- **A sabiendas rompe las reglas para recibir beneficios de Asistencia en Efectivo. Lo descalificaremos de recibir beneficios de Asistencia en Efectivo por 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de manera permanente por todas las demás infracciones.**
- Es un delincuente prófugo o alguien que está infringiendo en su régimen de libertad provisional (probation en inglés) o libertad condicional (parole en inglés).
- Cuando es declarado culpable de los siguientes delitos y no cumple con los términos de la sentencia, es un delincuente prófugo, o es un violador de libertad condicional (parole en inglés) o libertad provisional (probation en inglés)
 - Abuso sexual agravado
 - Asesinato
 - Explotación sexual y otros abusos de niños que involucran agresión sexual
- Ha cometido y ha sido condenado por un delito 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 un delito grave de drogas acuerda realizar pruebas de detección de drogas al azar y cumple al menos un requisito adicional, puede ser elegible para recibir Asistencia Nutricional.
- Lo siguiente corresponde para la Asistencia Nutricional:

Una persona condenada por un delito grave que tiene como elemento “el uso o posesión de una sustancia controlada”, puede ser elegible para recibir Asistencia Nutricional si la persona está de acuerdo a tomar pruebas de detección de drogas al azar y satisface al menos uno de lo siguiente:

 - Actualmente está aceptado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, pero está en una lista de espera. La persona sigue inscrita en el programa de tratamiento y entra en el programa de tratamiento a la primera oportunidad disponible.
 - Actualmente está aceptado para recibir tratamiento y participa en un programa de tratamiento de abuso de sustancias.

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

- Ha completado exitosamente un programa de tratamiento de abuso de sustancias después del delito en cuestión.
- Un proveedor médico autorizado ha determinado que no necesita tratamiento de abuso de sustancias.
- Si está en libertad condicional/provisional (parole/probation en inglés) por un delito grave relacionado a las drogas, cumple con las condiciones de la libertad condicional/provisional (parole/probation en inglés)
- Para la Asistencia en Efectivo, si no firma ni cumple con el Acuerdo de Responsabilidad Personal (PRA por sus siglas en inglés). Le entregamos el PRA durante el proceso de la entrevista.
 - Es un adulto (18 años o mayor) que recibe Asistencia en Efectivo cuando cualquiera de lo siguiente corresponde:
 - El beneficiario no devuelve la Declaración sobre el Uso de Drogas Ilegales. Nosotros enviamos la Declaración sobre el Uso de Drogas Ilegales por el correo de los E.E.U.U. después de que se haya aprobado la Asistencia en Efectivo.
 - El beneficiario no toma una prueba de detección de drogas requerida.
 - El beneficiario no pasa la prueba de detección de drogas.
- Conclusión de la sanción de CA por condena relacionada a las drogas
 - La persona que es condenada el 9 de agosto de 2017 o después, puede concluir la sanción por otras personas en el hogar cuando está de acuerdo a tomar pruebas de detección de drogas al azar y satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:
- Ha completado exitosamente o ha sido aceptado a un programa de tratamiento de abuso de sustancias. La persona también satisface este criterio si son cualquiera de los siguientes:
 - Actualmente está aceptado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, pero está en una lista de espera. La persona sigue inscrita en el programa de tratamiento y entra en el programa de tratamiento a la primera oportunidad disponible.
 - Actualmente está aceptado para recibir tratamiento y participa en un programa de tratamiento de abuso de sustancias.
- Un proveedor médico autorizado ha determinado que no necesita tratamiento de abuso de sustancias.
- Si corresponde, satisface con todas las condiciones de libertad condicional/ provisional (parole/probation en inglés) relacionadas con la condena por la que fueron sancionados.

Como parte de los requisitos de informe de cambios, todas las familias deben informar cuando un miembro de la familia reciba ganancias de lotería o apuestas de \$ 3500 o más.

Tiene que reembolsarle al DES cualquier beneficio de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo que usted recibió y para el cual su hogar no tenía elegibilidad. Puede llegar a un acuerdo de pagos. Si usted no cumple con el acuerdo de pagos, podemos reducir sus beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, tomar sus reembolsos de los impuestos sobre la renta, o tomar otra acción legal, incluso tomar la 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; o hable con un especialista de apoyo para beneficiarios llamando al (602) 417-7100.

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

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	www.azahcccs.gov/AmericanIndians/AIHP/
Arizona Complete Health - Complete Care Plan (antes Health Net Access)	1-888-788-4408	www.azcompletehealth.com/complecare
Banner-University Family Care	1-800-582-8686	www.bannerufc.com/acc
Care1st Health Plan	1-866-560-4042	www.care1staz.com
Magellan Complete Care	1-800-424-5891	www.mccofaz.com
Mercy Care	1-800-624-3879	www.mercycareaz.org
Health Choice Arizona (antes Health Choice AZ)	1-800-322-8670	www.HealthChoiceAZ.com
UnitedHealthcare Community Plan	1-800-348-4058	www.uhccommunityplan.com

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

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

SOLICITUD DE BENEFICIOS

For Agency use

Date: _____

Case# _____

Información de contacto:

Díganos como podemos comunicarnos con un miembro adulto de su hogar.

Nombre (Nombre, Segundo, Apellido): _____

Dirección residencial (incluya el número de apt.): _____

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: _____

¿Qué idioma prefieren hablar usted y en su hogar?

Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma prefieren leer usted y 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.

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:

Cartas en cuenta HEAplus (nota: ésta persona debe de contar con una cuenta HEAplus)

PDF legible enviado vía un correo electrónico seguro

Letra grande: cartas en letra grande enviadas por correo tendrán letra Arial de 24 puntos

Otro: _____

Podemos aceptar su solicitud si contiene al menos su nombre, dirección y firma. Por favor, firme en esta casilla

Firma: _____

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



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 de 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?

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 Fecha de nacimiento del rep. _____

Dirección 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.

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 seguro 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:

- Llenar y firmar mi solicitud.
- Proporcionar cualquier documentación solicitada, incluso información personal.
- 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 estoy discapacitado.

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.

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

También estoy de acuerdo a:

- Sólo proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio.
- Llenar y firmar los formularios necesarios.
- Obtener y entregarle al DES y/o AHCCCS toda la información necesaria para determinar si el cliente califica para la ayuda con costos de seguro y Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como el número de Seguro Social, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el cónyuge, los niños menores y los padres (si el cliente es un menor) del cliente.
- Informarle al DES y/o AHCCCS de inmediato si el cliente tiene un:
 - Aumento o disminución de ingresos;
 - Aumento o disminución de bienes;
 - Cambio en la propiedad de los bienes, incluso la apertura o cierre de cuentas financieras;
 - Cambio en la dirección; o
 - Cambio en el seguro médico o en la cantidad de primas pagadas.

Si se determina que soy elegible, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le informemos que suspendan la autorización. Esta autorización se vencerá cuando mi solicitud de asistencia se retira o se deniega, o cuando se termina mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continuará en cualquier momento mientras esté disputando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o un procedimiento judicial.

Firma del solicitante:

Fecha:

Firma del representante:

Fecha:

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

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 del DES y/o AHCCCS le digan al hospital, al agente del hospital, a la organización o a la agencia indicada 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 recibe aprobación para recibir ayuda con los costos del seguro, la fecha de vigencia de mi elegibilidad, la fecha de redeterminación y la categoría de la asistencia para la que estaba aprobado.

Si se deniega ayuda con los gastos de seguro, la razón por la que fue denegada.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

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 alternativo, para obtener sus beneficios para usted. Si necesita un titular de la tarjeta alternativo, elija a una persona de confianza. Recuerde que no se reemplazarán los beneficios perdidos o robados.

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: _____

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

Asistencia Nutricional de Emergencia:



Conteste las siguientes preguntas si usted o su familia desean ser considerados para recibir Asistencia Nutricional de emergencia:

¿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 de cheques y ahorros?

\$ _____

¿Cuáles son los costos mensuales totales de la vivienda (renta, hipoteca, impuestos del seguro del propietario, etc.)? \$ _____

¿Cuáles son los costos totales mensuales de servicios públicos (gas, electricidad, agua, etc.)?

\$ _____

¿Cuáles son los costos telefónicos mensuales?

\$ _____

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

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, divorciado/a o viudo/a)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (Si no solicita, es opcional)	Género	
	Ayuda con el seguro médico	Ayuda con costos de Medicare	Asistencia Nutricional	Asistencia en Efectivo	Control de Tuberculosis					M=Masculino	F=Femenino
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 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, omite esta sección para esa persona. Para los solicitantes, es posible que tenga que proporcionar prueba de ciudadanía.

¿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	Estado de no inmigrante
Asilado	Refugiado	Participante Cubano-Haitiano
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Eliminar/Suspender la Deportación
Especiales	Estado de no inmigrante	Estado de protección temporal
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Orden de Supervisión
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación		

No deseo proporcionar esta información

¿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

¿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	Estado de no inmigrante
Asilado	Refugiado	Participante Cubano-Haitiano
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Eliminar/Suspender la Deportación
Especiales	Estado de no inmigrante	Estado de protección temporal
Estado de acción diferida	Víctima de la trata de personas	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Legalización bajo la ley LIFE	Retención de la Deportación	Orden de Supervisión
Legalización bajo la ley IRCA	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación		

No deseo proporcionar esta información

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

¿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	Estado de no inmigrante
Asilado	Refugiado	Participante Cubano-Haitiano
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Eliminar/Suspender la Deportación
Estado de acción diferida	Estado de no inmigrante	Estado de protección temporal
Legalización bajo la ley LIFE	Víctima de la trata de personas	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Legalización bajo la ley IRCA	Retención de la Deportación	Orden de Supervisión
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____

No deseo proporcionar esta información

¿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

¿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	Estado de no inmigrante
Asilado	Refugiado	Participante Cubano-Haitiano
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Eliminar/Suspender la Deportación
Estado de acción diferida	Estado de no inmigrante	Estado de protección temporal
Legalización bajo la ley LIFE	Víctima de la trata de personas	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Legalización bajo la ley IRCA	Retención de la Deportación	Orden de Supervisión
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____

No deseo proporcionar esta información

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

¿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	Estado de no inmigrante
Asilado	Refugiado	Participante Cubano-Haitiano
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Eliminar/Suspender la Deportación
Estado de acción diferida	Estado de no inmigrante	Estado de protección temporal
Legalización bajo la ley LIFE	Víctima de la trata de personas	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Legalización bajo la ley IRCA	Retención de la Deportación	Orden de Supervisión
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____

No deseo proporcionar esta información

¿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

¿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	Estado de no inmigrante
Asilado	Refugiado	Participante Cubano-Haitiano
Solicitante para la clasificación de Jóvenes Inmigrantes Especiales	Cónyuge, hijo/a o padre maltratado	Eliminar/Suspender la Deportación
Estado de acción diferida	Estado de no inmigrante	Estado de protección temporal
Legalización bajo la ley LIFE	Víctima de la trata de personas	Admitido a prueba a los Estados Unidos
Legalización bajo la ley IRCA	Retención de la Deportación	Orden de Supervisión
Solicitante para asilo, LPR o Retención de la Deportación	Entrante condicional, otorgado antes de 1980	Otro: _____

No deseo proporcionar esta información

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

Persona 3	¿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: _____		
Persona 4	¿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: _____		
Persona 5	¿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:		

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite 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? _____
¿Se mudó a Arizona en los últimos cuatro meses alguna de las personas que solicitan beneficios?	Sí No	Si contesto "Sí", ¿quién? _____ Fecha de la mudanza _____



Preguntas para todos los solicitantes:

¿Actualmente está en la 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 o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

+ \$ Crianza temporal y Adulto con niño:

¿Estuvo alguien bajo crianza temporal de Arizona en su cumpleaños número 18?	Sí No	¿Quién? _____
¿Estuvo alguien bajo crianza temporal tribal de Arizona 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? _____

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



Raza o Etnia: Seleccione una o más respuestas para cada persona que solicita beneficios. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad.

Raza													Si es hispano o latino, marque el origen étnico:								
Persona	Nativo Americano o de Alaska	Indio Asiático	Negra o Afroamericano	Chino	Filipino	Guameño o Chamorro	Japonés	Coreano	Hawaiano	Otra Asiática	Isleño de otra isla del Pacífico	Samoano Americano	Vietnamita	Blanca	Mexicano	Mexico-Americano	Chicano/a	Puertorriqueño	Cubano	Otro	
Contacto principal																					
Persona 2																					
Persona 3																					
Persona 4																					
Persona 5																					
Persona 6																					

+ 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 servicios?
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	

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

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 servicios?
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	
	Sí No		Sí No	



Persona	¿Viven en reserva indígena?	Nombre de la reserva indígena	Número de censo tribal
	Sí No		

+ \$ 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	

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

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	¿Quién? _____	Núm. de reclamo Medicare o ferroviario: _____
	No	¿Quién? _____	Núm. de reclamo Medicare o ferroviario: _____
			Parte A Parte B Parte D
			Parte A Parte B Parte D

+ \$ Beneficios posibles:

Alguno de los solicitantes, su cónyuge o cónyuge fallecido ha trabajado para: • Una agencia gubernamental; o • Un empleador con un plan de pensión	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ Nombre del empleador: _____
Es alguien por la que solicita: • Una persona que sirvió en el ejército de EE.UU.; • La viuda o viudo de una persona que sirvió en el ejército de EE.UU.; o • El hijo/a de una persona fallecida que sirvió en el ejército de EE.UU. y: o No se ha casado, y o Menor de 18 años, o o Menor de 23 años y asiste a escuela, o o Determinado que tiene una discapacidad permanente antes de los 18 años • 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	Sí No	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: _____
¿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?	Sí No	

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

¿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?	Sí No	
¿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.	Sí No	

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

¿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? _____

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite 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, quincenales, bimensual, mensual	Fecha del último pago	Cantidad bruta por cheque (antes de deducciones)	¿Horas de trabajo por semana?

¿Alguien dejó un trabajo en los últimos 30 días?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿Trabaja por cuenta propia ALGÚN solicitante?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ Tipo de trabajo: _____ Ingresos brutos anuales (antes de gastos de negocio): \$ _____ Gastos anuales de negocio: \$ _____
¿Más de una persona trabaja por cuenta propia?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ Tipo de trabajo: _____ Ingresos brutos anuales (antes de gastos de negocio): \$ _____ Gastos anuales de negocio: \$ _____
Si trabaja por cuenta propia, ¿ha existido el negocio por al menos 12 meses?	Sí No	Si contesto "No", la fecha de inicio del negocio: _____

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite 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
Otro: _____	Sí No
Marque aquí si no hay otros ingresos	

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite 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 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 espera dure al menos 12 meses y está trabajando?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____
¿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? _____
¿Tiene alguien por el que solicita un tutor legal?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ Nombre del tutor legal: _____

 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? _____
¿Se ha determinado que alguien por el que solicita tiene ceguera o una discapacidad por: • La Administración del Seguro Social (SSA) o • La Administración de Veteranos (VA)?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____

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

<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>Ciudad/Estado de condena: _____ Fecha de la condena: _____ Tipo de condena: _____</p>
<p>Si usted tiene condena por un delito grave de drogas y desea recibir Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo, ¿está de acuerdo a pruebas de detección de drogas al azar?</p>	<p>Sí No</p>	
<p>¿Alguien por el que solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es prófugo de la justicia por acusaciones de delitos o • Esta en violación de libertad provisional o condicional? <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"> • Abuso sexual agravado • Asesinato • Explotación sexual y otros abusos de niños que involucran agresión sexual 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p>	<p>Si es así, ¿quién? _____</p> <p>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 o llame al: 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

  **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 es el total de los costos mensuales de servicios públicos?	Gas \$ _____, Electricidad \$ _____ Agua \$ _____, Otro \$ _____

   **Otros beneficios y gastos:** Conteste las siguientes preguntas sobre cómo recibir beneficios de otros estados y los gastos de cualquier persona discapacitada o que tenga 60 o más años de edad.

¿Algún solicitante ha recibido Asistencia Nutricional de otro estado?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál estado/país? _____
¿Algún solicitante ha recibido Asistencia en Efectivo de otro estado?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál estado/país? _____
¿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 está discapacitado o tiene 60 o más años?	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	
Actualmente, ¿ha sido sancionado algún adulto en el hogar por el incumplimiento de un requisito del Programa de Jobs?	Sí No	
¿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	
¿Ha recibido un solicitante Asistencia en Efectivo este mes?	Sí No	Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo cesaron los beneficios? _____ ¿Cuál estado/país? _____
¿Tienen todos los niños menores de 19 años de edad sus inmunizaciones (vacunas) al corriente?	Sí No	Si contesto "No", ¿quién no? _____

🍎 \$ Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo:

¿Tiene algún tipo de cuenta bancaria alguien por el que solicita? Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? _____ ¿Quién es el dueño de la cuenta? _____	Sí	No
¿Tiene efectivo, cheques sin cobrar o dinero en una tarjeta de débito prepagada alguien por el que solicita? Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? _____	Sí	No
¿Tiene una cuenta de jubilación o una anualidad alguno de los solicitantes? Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? _____ ¿Quién es el dueño? _____ Nombre de la institución financiera: _____	Sí	No
¿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? Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? _____ ¿Quién es el dueño? _____ Nombre de la institución financiera: _____	Sí	No
¿Alguno de los solicitantes posee algún otro terreno o edificio? Si contesto "Sí", ¿cuál es el valor total? _____ ¿Quién es el dueño? _____ Nombre de la compañía hipotecaria: _____	Sí	No

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



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 _____



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: _____

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

+ \$ 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 menor de 19 años en esta solicitud califica para recibir beneficios de salud (incluso si eligen no inscribirse) mediante el 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 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 Chip, 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 L 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 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 cliente,
- El padre o tutor legal de un menor de edad.



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

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 investigarse 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.
- 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.

Declaración de la verdad

Al firmar esta solicitud:

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

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

FIRME LA SOLICITUD:

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos proporcionados sobre mí y las personas en mi hogar, que se relacionan con mi elegibilidad para beneficios, incluyendo cualquier información relacionada con la ciudadanía o estado de extranjero, son verdaderos y correctos a mi mejor saber, y que no he ocultado ninguna información. Juro bajo pena de perjurio que cualquier información fotocopiada que he proporcionado es la misma que los documentos originales. Para Asistencia Nutricional y Asistencia en Efectivo, también juro bajo pena de perjurio que las declaraciones con respecto a condenas por delitos graves y el cumplimiento de la libertad condicional/provisional (parole/probation en inglés) son verdaderas y correctas.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge (Sólo para CA y NA): _____ Fecha: _____

Firma de otro adulto en el hogar: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

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

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

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.

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE.UU. también prohíbe la discriminación a sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo, basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y dónde corresponde, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o basada en si todo o parte de los ingresos de un individuo provienen de algún programa de asistencia pública o en información genética protegida en el empleo, en algún programa o actividad conducido o financiado por el Departamento. (No todas las bases prohibidas corresponderán a todos programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea denunciar una queja de discriminación de Derechos Civiles por parte del programa con la USDA, llene el Formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA, que se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para pedir el formulario. También usted puede escribir una carta que contiene toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja por correo de los EE.UU. al Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico en program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (en español).

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

Para obtener cualquier otra información con respecto a los asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben de comunicarse con la línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, la cuál también esta disponible en español o llame a la línea directa de información Estatal <https://www.fns.usda.gov/search?keywords=hotline>.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal mediante la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, HHS por sus siglas en inglés), escriba a:HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades. Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. el Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de la oficina local, Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English at your local office.

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) and the Department of Economic Security (DES) complies with applicable Federal civil rights laws and does 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, 701 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 Fax: 602 253 9115 Email: 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 Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail at

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

U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Submit your DES discrimination complaint/grievance to: Arizona Department of Economic Security, Director's Office, 010A, P. O. Box 6123 Phoenix, Arizona 85005-6123.

DHHS: Write DHHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201 or call 202-619-0403 (voice) or 202-619-3257 (TDD).

USDA: You may complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. 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 U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. You may also call 202-720-5964 (voice and TDD).

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 discriminen.

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

Presente su querrela contra AHCCCS a:

General Counsel

AHCCCS Administration

Office of Administrative Legal Services

MD 6200

701 E. Jefferson St.

Phoenix, AZ 85034

Por fax al 602 253 9115; por correo electrónico (email) mediante EqualAccess@azahcccs.gov.

También podrá presentar una querrela 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/portal/lobby.jsf>; o por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

O por teléfono al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). La forma de querrela está disponible mediante <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Presente su querrela por discrimen contra DES a:

Arizona Department of Economic Security, Director's Office, 010A, P. O. Box 6123 Phoenix, Arizona 85005-6123.

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

Ante la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS):
Escriba a: *DHHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201*; o llame al 202-619-0403 (por voz) ó al 202-619-3257 (TDD).

Ante la Secretaría Federal de Agricultura (USDA): Podrá rellenar la *Forma de querrela por discrimen en programas de la Secretaría de Agricultura de los EE. UU.* (USDA Program Discrimination Complaint Form) por Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llamar al (866) 632-9992 para pedir la forma. También podrá escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en la forma. Envíenos su forma rellenaada o carta de querrela por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; por fax al (202) 690-7442; o por correo electrónico (email) a program.intake@usda.gov. También pudiera llamar al 202-720-5964 (voz y TDD).

¿Necesita ayuda con esta solicitud? Visite 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 "Proposición de Inscripción de 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 para inscripción de votantes, 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 para inscripción de votantes al visitar www.azsos.gov/election/voterinformation.htm.

FORMULARIO DE PROPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

La Proposición de Inscripción de Votante está en la última página.

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

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

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

FAA-1699A FORENG (12-19)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

OFFER OF VOTER REGISTRATION

Applying to register to vote or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote today? Yes No

IF YOU DO NOT MARK EITHER LINE, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. You may take the form with you and mail it to the county recorder yourself or you may complete the registration here and deposit it in the box provided.

If you choose to register to vote here, the information regarding the agency where the registration took place will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you choose not to register to vote at this time, that information will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.

Signature of Client (*or initials of staff person*)

Date

If you believe that someone has interfered with your right to register to vote or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register to vote or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

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

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

FAA-1699A FORSPA (12-19)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

PROPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

La cantidad de ayuda que esta oficina le va a proveer no será afectada por su decisión de inscribirse para votar o de no inscribirse para votar.

Si usted no esta inscrito para votar donde usted vive ahora, ¿le conviniera solicitar inscripción para votar hoy día aquí mismo? Sí No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS RESPUESTAS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HIZO LA DECISIÓN DE INSCRIBIRSE PARA VOTAR HOY DÍA.

Si usted necesita ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, nosotros estamos dispuestos a ayudarle. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Se le permite completar el formulario de solicitud en privado. Usted tiene la opción de llevarse el formulario consigo y regresarlo por correo al registrador del condado o usted puede completar su inscripción aquí y depositarlo en el depósito que se proporciona.

Si usted se decide a inscribirse para votar, la información tocante la oficina donde se efectuó el inscripción permanecerá confidencial y se usará únicamente para los propósitos de inscripción de votantes.

Firma del Cliente (*o iniciales del miembro del personal*)

Fecha

Si usted cree que alguien se ha impedido con su derecho de inscribirse para votar o de no inscribirse para votar, su derecho a privacidad en decidiendo de inscribirse o en solicitar inscripción para votar, o su derecho de seleccionar su propio partido político u otra preferencia política, usted puede entablar su queja con:

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