

CONSEJOS PARA AHORRAR TIEMPO



¡Ayúdenos a ayudarle a USTED a reducir su tiempo de espera!

1 Cuando solicite o renueve sus beneficios, por favor, use la solicitud en línea en www.healtharizonaplus.gov o llame al 1-855-432-7587.

2 Cuando necesite una entrevista, por favor, llame al 1-855-777-8590 para entrevistarse por teléfono.

Cuando tenga su entrevista, por favor, tenga la información siguiente con usted:

1) Prueba de identidad (una de la lista a continuación) y para los solicitantes inmigrantes (verificación de su estado de extranjero):

Visa	Licencia de conducir	Credencial de identificación del estado
Acta de nacimiento	Pasaporte estadounidense	Otra identificación

Tarjeta de residente extranjero (*tarjeta de residencia permanente legal, cartilla de registro de votante, certificado de naturalización, tarjeta de autorización de empleo y documentos de viaje para refugiados I-94, etc.*)

2) Ingresos ganados:

Indique los ingresos ganados en los últimos 30 días o más de todas las fuentes de empleo, para todas las personas del hogar. Las pruebas incluyen:

Copia(s) de talón(es) de pago(s) recibido(s) en los últimos 30 días

Una declaración que muestra todos/todas:

- propinas
- comisiones
- bonos
- paga por horas extras

Trabajo por su propia cuenta (*trabaja por cuenta propia, como un contratista independiente, determina su propio horario, usa sus propias herramientas.*) Proporcione todos los ingresos de los últimos 12 meses (a menos que el negocio tenga menos de 12 meses operando). Se requieren recibos para comprobar los gastos (lo que le cuesta de llevar a cabo su negocio).

Una declaración del empleador o de la organización que muestre la cantidad bruta de ingresos de los últimos 30 días

Una declaración del empleador que verifique el promedio de cantidad de horas que puede trabajar y si las horas varían en cada cheque

Prueba de empleo terminado – debe incluir el último día trabajado, el último día que le pagaron, y la cantidad bruta

3) Prueba de ingresos (que no sean de empleo) para todas las personas del hogar:

- Comprobante de beneficios del Seguro Social
- Sustento para menores (*talones de cheques, copia impresa*)
- Comprobante de beneficios de Administración de Veteranos
- Regalos o préstamos que se reciben
- Declaración de impuestos federales (*todos los anexos y formularios*)
- Compensación laboral (*comprobante de beneficios y talones de cheque*)
- Seguro por discapacidad temporal (TDI)

4) Prueba de residencia de Arizona y costos de vivienda:

- Recibos de alquiler (renta) o hipoteca
- Explicación por escrito de cualquier costo compartido de vivienda (*Compañero de vivienda, parientes, etc.*)
- Contrato de arrendamiento o declaración del propietario
- Facturas de servicios públicos (*gas, petróleo, electricidad, agua, basura, teléfono*)
- Seguro de propietario o inquilino

Al renovar estos sólo se necesitan si ha habido un cambio desde su última entrevista o Contacto en el punto Medio de la Aprobación.

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

- Recetas
- Copagos
- Centros médicos con recargo
- Recibos del seguro
- Facturas médicas
- Millas de viaje a los servicios médicos

6) Si otra persona cuida a su niño mientras usted trabaja, prueba de los costos de cuidado de niños para cada niño durante los últimos 30 días.

¿Transporta usted a tal menor de ida y/o de vuelta al sitio de guardería?

7) Tarjeta de seguro social, o prueba que se ha presentado y enviado una solicitud.

INFORMACIÓN ÚTIL

8) Prueba de discapacidad: Carta del Seguro Social Una carta de su doctor
Carta de la Administración de Veteranos

9) Prueba de la obligación legal y de pago del sustento para menores ordenado por el tribunal:

Proporcione un dato de cada columna:	Orden del tribunal	Comprobantes de beneficios de SSA
	División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas en inglés)	Cheques cancelados
		Copias de giros postales (Money Order)

Healthcare Marketplace: 1-800-318-2596 • www.healthcare.gov

Administración del Seguro Social: 1-800-772-1213 • www.socialsecurity.gov

Número TTY para la Administración del Seguro Social: 1-800-325-0778

Para CUALQUIER pregunta con respecto a su caso o ayuda con su nombre de usuario o contraseña de HEAplus, favor de llamar al 1-855-432-7587. Puede solicitar beneficios o informar de cambios en: www.healtharizonaplus.gov

Vea el reverso para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

CÓMO CREAR SU...

NOMBRE DE USUARIO:

Cuando solicita beneficios mediante HEAplus, usted ingresará su nombre, dirección, ciudad, estado, dirección de correo electrónico, etc.

Se le pedirá que "Cree su nombre de usuario", y se le sugiere crear un nombre de usuario que sea único y fácil de recordar.

Aunque nunca recomendamos escribir su nombre de usuario y contraseña en la misma hoja de papel, la parte baja de este folleto puede utilizarse para escribir uno u otro. Asegúrese de leer la advertencia en la nota al pie de esa sección.

NOTA: Si busca sugerencias generales sobre la creación de un nombre de usuario para interacciones comerciales, encontramos las siguientes sugerencias compartidas en varios sitios web:

- No use exactamente el mismo nombre de usuario en diferentes cuentas de sitios web.
- Recuerde que el nombre de usuario representa quién es usted para los demás.
- Evite usar cualquier información de identificación personal, como su nombre y apellido o su fecha de nacimiento. Es especialmente importante no usar su apellido. Puede usar su segundo nombre si no es muy conocido y deletrearlo al revés.
- No revele su edad o ubicación.
- Evite ser ofensivo.
- Combine el nombre de una mascota favorita con el nombre de un lugar que le gustaría visitar, tal como Woofie Grand Canyon o considere sus intereses:

Si le encanta visitar un lago local, averigüe el nombre de las flores que crecen ahí, y úselo para el nombre de usuario. Por ejemplo: Pleasant Lake girasoles.

O si le gusta ver fútbol, use el nombre de su equipo favorito con el nombre de un jugador actual.

- Use una frase que tenga significado para usted: "*Me encantan los helados.*"
- Manténgalo inofensivo: No use palabras inapropiadas.
- Use un guion o guion bajo entre algunas palabras: (- o _)

CONTRASEÑA:

- Su contraseña debe ser de ocho o más caracteres. Sin repetición de caracteres (por ejemplo: 00 ó 22).
- Sin repetición de los mismos caracteres (por ejemplo: oxox o 2424).
- Use por lo menos un número.
- Use por lo menos un carácter especial (tal como: !, @, #, \$, (, %,), &, *).
- Use una combinación de letras mayúsculas y minúsculas (use por lo menos una letra mayúscula).
- La contraseña no debe tener espacios en blanco.

IMPORTANTE

Si elige escribir su información en los espacios de a continuación, guarde esta información en un lugar seguro.

de ID de la solicitud: _____ # de Caso: _____

Nombre de usuario: _____ **Q** Contraseña: _____

NOTA: Usted es el único responsable del uso y protección adecuada de su nombre de usuario y contraseña, y deberá tomar precauciones para prevenir su pérdida (incluso la pérdida de este folleto si escribe su información en los espacios) y/o el uso no autorizado. Usted acepta que el Estado de Arizona, el Department of Economic Security y AHCCCS no son responsables y están libres de cualquier reclamo, pérdida, responsabilidad, costos o gastos que surjan de tales pérdidas o usos no autorizados.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.