

Solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS

Use esta solicitud para pedir seguro médico para usted, alguien de su familia, o para alguien a quien usted representa.

Arranque las páginas A, B, C, y D para sus archivos.



Servicios Médicos Incluidos

Visitas al Doctor Consultas con Especialistas Transportación al Doctor ¹ Servicios de Hospital Atención de Emergencia Atención durante el Embarazo Servicios de Podología Cirugía	Vacunas Exámenes Físicos Salud Mental ¹ Planificación Familiar Laboratorio y Rayos X Recetas Médicas ² Diálisis Exámenes Anuales de "Well Women" ("Mujeres Sanas")	Lentes ¹ Exámenes de la Vista ¹ Revisión Dental ¹ Tratamiento Dental ¹ Exámenes del Oído ¹ Audífonos ¹
Vea la página C para más información sobre cómo obtener servicios médicos. ¹ La obtención de estos servicios puede estar limitada de acuerdo al programa. ² La cobertura de medicamentos recetados se limita a personas que tienen Medicare		

Usted también puede usar este formulario para solicitar ayuda con sus pagos de Medicare, coseguro y deducibles si usted tiene o puede tener Medicare. Esto se llama **Medicare Cost Sharing** (Gastos Compartidos de Medicare).

Especialistas en elegibilidad de AHCCCS, DES, o KidsCare revisarán su solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS. Ellos se comunicarán con usted si necesitan más información.

¿Cuánto le cuesta el Seguro de Salud de AHCCCS?

Cuotas

La mayoría de la gente no tiene que pagar una cuota mensual por el Seguro de Salud de AHCCCS.

Algunas personas con ingresos muy altos que no tienen derecho al Seguro de Salud de AHCCCS sin cuotas mensuales pueden obtenerlo pagando una cuota mensual.

Si usted tiene que pagar una cuota, las cantidades de las cuotas son:

- \$10 - \$70 por hogar para todos los/las niños/as
- \$10 - \$35 por persona para personas empleadas que tienen discapacidades.

Pagos complementario

Un pago complementario es la cantidad que usted le paga a un proveedor de cuidados de salud cuando usted recibe un servicio médico. Los pagos complementarios por servicios son los siguientes:

- Visitas al doctor \$0 a \$1
- Uso de la Sala de Emergencias para un uso que no es de emergencia \$0 a \$1

Indígenas Americanos e Indígenas de Alaska

Por ley federal, los Indígenas Americanos inscritos con una tribu reconocida federalmente y ciertos Indígenas de Alaska no tienen que pagar cuotas, pagos complementarios, o una cuota de inscripción. Para obtener Seguro de Salud de AHCCCS gratis, usted debe darnos pruebas de su inscripción tribal.

Aplicando para Niños o para Niños y Adultos

Si tiene preguntas o si necesita un intérprete, llame al (602) 417-5437 desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 ó llame al número gratis 1-877-764-5437 desde los códigos de áreas 520 ó 928.

Llene y envíe solamente las páginas 1 - 8 a:

801 E. Jefferson, MD 7500
 Phoenix, Arizona 85034

Aplicando Sólo para Adultos

Si tiene preguntas o si necesita un intérprete, llame al (602) 417-5010 desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 ó llame al número gratis 1-800-528-0142 desde los códigos de áreas 520 ó 928.

Llene y envíe solamente las páginas 1 - 8 a:

801 E. Jefferson, MD 3800
 Phoenix, Arizona 85034

Aplicando para personas empleadas que tienen discapacidades

Si tiene preguntas o si necesita un intérprete, llame al (602) 417-6677 desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 ó llame al número gratis 1-800-654-8713 Opción 6 desde los códigos de áreas 520 ó 928.

Para aplicar para Freedom to Work
 Llene y envíe solamente las páginas 1 - 8 a:

801 E. Jefferson, MD 1600
 Phoenix, AZ 85034



Arranque esta página para sus archivos

Instrucciones para Completar Esta Solicitud

¿A quién puede incluir en la solicitud?

Si usted está solicitando para usted, su cónyuge, o hijos/as (menores de 19 años) en su familia, incluya información sobre usted y todos los que viven con usted y son:

- Su cónyuge;
- Su hijo/a (incluya su hijastro/a);
- Los/as hijos/as de su(s) hijo/a(s);
- El/La cónyuge de su hijo/a;
- El otro padre de su hijo/a; y
- Su(s) padre(s) si usted tiene menos de 19 años de edad;
- Un/a niño/a que es familia suya y al/a la que usted cuida, y
- Su hijo/a estudiante de 19 a 21 años de edad.

Incluya a una persona que normalmente vive con usted pero que no está viviendo con usted temporalmente pues la persona está trabajando o es un niño que está yendo a la escuela.

Si alguna persona incluida en esta solicitud está embarazada, asegúrese de informárnoslo. Para algunos programas, los/las niños/as que aún no han nacido se cuentan como miembros del hogar, lo que le permite a la familia tener un límite de ingresos más alto.

Si usted está solicitando para alguien que no esté incluido en la lista de arriba (su padre/madre, hijo/a que tiene 19 años o más, abuelo/a, amigo/a, etc.), llene otra solicitud. Incluya a las personas que son familia de la persona por la cual usted está solicitando (vea la lista de arriba). La persona por la que usted está solicitando necesita o firmar la solicitud en la página 8 o completar la Sección F en la página 1.

Para acelerar el proceso de su solicitud, envíe una copia de la información que se pide a continuación junto con su solicitud.

- Ciudadanía:** Si usted es Ciudadano/a de los EE.UU., usted necesitará suministrar pruebas tanto de identidad como de ciudadanía. DES o AHCCCS necesitarán ver sus documentos originales. Usted puede llevar sus documentos originales a cualquier oficina de Asistencia Familiar del DES o a una oficina de AHCCCS. Ellos le sacarán una copia a sus documentos e indicarán que vieron los originales.
 - Pruebas tanto de **identidad como de ciudadanía** pueden ser un Pasaporte de los U.S.A. y un Certificado de Naturalización de los U.S.A.
 - Prueba de **identidad** sólo puede ser una licencia para conducir, una tarjeta de identificación emitida por el estado, tarjeta de identificación de la escuela, u otra identificación con foto.
 - Prueba de **ciudadanía** sólo puede ser un certificado de nacimiento, documento de bautizo, tarjeta de Ciudadanía de los U.S.A., documentos religiosos, documentos de adopción y documentos de censo.
- Estado de Inmigración:** Copias de ambos lados de los documentos de inmigración, en el caso de personas que desean Seguro de Salud de AHCCCS y que no nacieron en los Estados Unidos o sus territorios. **Recibir Seguro de Salud de AHCCCS (excepto para cuidados en casas de reposo) no afectará la condición de inmigrante de ninguna persona.**
- Estado de Indígena Americano:** Copias de inscripción tribal o tarjetas del censo.
- Salarios:** Copias de talonarios de cheques o declaraciones de su patrón donde aparezcan los ingresos antes de las deducciones del mes pasado y del mes actual de cualquier persona incluida en la lista de esta solicitud. Si alguna persona que aparece en la lista de esta solicitud ha perdido un trabajo en los últimos dos meses, envíe prueba del último día en que trabajó y de la cantidad bruta (antes de las deducciones) y de la fecha en que recibió el último cheque.
- Trabajo por Cuenta Propia:** Copias de declaraciones de impuestos Federales actuales: 1040, SE y anexos correspondientes como C, C-EZ, E, F, K-1, o pruebas de ingresos de negocios y gastos del último mes calendario. Pruebas de ingresos de negocios pueden ser anotaciones, diarios o informes financieros que indiquen la fecha en la que se recibieron los ingresos y la cantidad de los ingresos. Pruebas de gastos de negocios incluyen recibos, cobros o cheques cancelados que indiquen la fecha, la cantidad y el tipo de gasto.
- Manutención de Menores:** Copias de órdenes judiciales o historial de pagos de manutención de menores.
- Otros Ingresos:** Pruebas de cualquier otro ingreso o dinero recibido durante este mes o el último mes, provenientes de cualquier fuente o por cualquier razón. Esto incluye cartas de la Oficina de Administración del Seguro Social, de la Oficina de Administración de Veteranos, de Pensiones del Ferrocarril u otras jubilaciones o pensiones por discapacidad.
- Recursos:** Algunos programas tienen un límite de recursos. Pueda ser que le pidan que envíe prueba de sus recursos.
- Seguro de Salud:** Copias de tarjetas de identificación de seguros para personas que solicitan pero que tienen otro seguro de salud en la actualidad. Algunos programas requieren un período sin seguro de salud antes de la obtención de derechos.
- Cuidado de Personas:** Prueba de la cantidad cobrada por cuidado de niño o adulto discapacitado para que un adulto en el hogar pueda trabajar.
- Embarazo:** Una carta firmada por su doctor o enfermero/a indicando la fecha en que se supone que usted va a dar a luz.
- Plan de Salud:** **Escoja un plan de salud entre las selecciones de la Página D.** Le podemos ayudar si tiene alguna pregunta sobre la inscripción a un plan de salud de AHCCCS, si necesita un intérprete, o si usted tiene problemas visuales o auditivos y necesita arreglos especiales para escoger un plan de salud o para entender esta información. Si usted llama desde los códigos de áreas 480, 602 o 623, llame al **(602) 417-7100** o TDD **(602) 417-4191**, o desde los códigos de áreas 520 o 928, llame gratis al **1-800-334-5283** TDD **1-800-826-5140**.
Si usted tiene aprobación para Seguro de Salud de AHCCCS, usted recibirá sus cuidados de salud de un Plan de Salud de AHCCCS a menos que
 - Usted sea Indígena Americano y escoja American Indian Health Program como su plan de salud
 - Usted esté solicitando ayuda con sus costos de Medicare. Si usted tiene aprobación para uno de los programas de Medicare Cost Sharing (Gastos Compartidos de Medicare), AHCCCS puede pagarle sus cuotas de Medicare y sus pagos complementarios y deducibles de Medicare, o
 - AHCCCS le pague solamente por sus servicios de emergencia debido a su situación con el Servicios de Ciudadanía y Migración de los Estados Unidos. Si usted tiene aprobación solamente para servicios de emergencia, usted puede recibir servicios médicos de cualquier proveedor (doctor, hospital, etc.) que tenga un acuerdo para mandarle los cobros de los servicios de emergencia a AHCCCS.

Arranque esta página para sus archivos

Explicación sobre sus derechos

Esta sección le explica sus derechos. Léala cuidadosamente.

No Discriminan

AHCCCS y DES no discriminan a las personas por motivos de discapacidad en la admisión a, acceso a, u operación de sus programas, actividades, servicios o en sus prácticas de empleo. AHCCCS y DES cumplen con los requisitos establecidos por la ley de protección a Americanos Discapacitados (Americans with Disabilities Act) de 1990. Si usted tiene algún impedimento visual o auditivo y necesita acomodo o necesita un formato diferente para completar esta solicitud, por favor comuníquese con AHCCCS al 602-417-5010 ó al 1-800-528-0142.

Reporte de Cambios

En el caso de que alguna información que usted nos haya dado en esta solicitud cambie antes de que usted reciba una decisión, llame al (602) 417-5010 en el área de Phoenix o llame gratis al 1-800-528-0142 en todo el estado. Fíjese en su carta de decisión sobre más información concerniente a cómo reportar cambios.

Estado de Ciudadanía e Inmigración

Cualquier persona que desea un Seguro de Salud de AHCCCS (con la excepción de servicios médicos de emergencia) debe darnos información sobre su ciudadanía o estado de inmigración.

- Los/las ciudadanos/as de los Estados Unidos deben suministrar documentos para establecer la identidad de la persona y la ciudadanía como una condición para tener derecho. Los beneficios de AHCCCS tanto para extranjeros como para ciudadanos de los U.S.A. no pueden ser otorgados hasta que la persona suministre preba de su situación.
- Las personas que no son ciudadanos deben suministrar copias de cualquier tarjeta o carta del USCIS (anteriormente INS). Si usted solicita o recibe Seguro de Salud de AHCCCS (con la excepción de cuidados en casas de reposo), esto no pondrá en peligro el estado de inmigración de ninguna persona en su hogar. Usted no necesita darnos información sobre la ciudadanía, el estado de inmigración o el lugar de nacimiento, o suministrarnos documentos de ninguna persona en su hogar **que no esté solicitando** Seguro de Salud de AHCCCS.
- Si usted no tiene documentos de inmigración, usted sólo puede tener derecho a servicios de emergencia.

Números del Seguro Social

Cualquier persona que solicita Seguro de Salud de AHCCCS debe darnos el número de su Seguro Social o solicitar uno. Si usted no tiene un número de Seguro Social, nosotros podemos ayudarlo/a a solicitar uno. Nosotros no necesitamos un número de Seguro Social de una persona que no está solicitando Seguro de Salud de AHCCCS pero usted puede suministrarlo voluntariamente. Suministrar todos los números de Seguro Social nos ayudará a verificar los ingresos de la familia. Usamos los Números del Seguro Social para compararlos por medio de la computadora con otras agencias estatales y federales y empleados para encontrar sus ingresos, compañías de seguros y si usted tiene Medicare. También los utilizamos para asegurarnos que usted no haya sido aprobado para Seguro de Salud de AHCCCS más de una vez al mismo tiempo. Inmigrantes que no pueden obtener un número de Seguro Social en forma legal no están en la obligación de suministrar uno. Nosotros no usaremos su número de Seguro Social como su número de identificación de AHCCCS.

Derechos de Audiencia

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia si

- usted suministró toda la información y pruebas requeridas y a usted no se le ha informado por escrito si su solicitud ha sido aprobada o rechazada en un período de 45 días (ó 90 días si se necesita tomar una determinación sobre discapacidad),
- rechazamos su solicitud, suspendemos o reducimos sus servicios, o
- usted no está de acuerdo con respecto a la cantidad de sus primas o a un aumento en sus primas, si se requiere una prima.

El aviso que AHCCCS o DES le envía le dirá cómo puede solicitar una audiencia, la fecha en la que usted debe solicitar una audiencia, y le pedirá dar la razón por la que usted quiere tener una audiencia.

Derechos de Privacidad

El personal de AHCCCS o DES no le informará a nadie lo que usted nos dice en esta solicitud a menos que usted nos dé permiso o que esté autorizado por ley estatal y federal nos permita compartir la información.

Advertencia

Oficiales federales, estatales y locales pueden revisar la veracidad de la información que usted suministra en esta solicitud. Usted no debe guardarse ninguna información a sabiendas o suministrar información falsa para recibir o continuar recibiendo Seguro de Salud de AHCCCS. Si algo que usted nos dice en esta solicitud es incorrecto, nosotros podemos rehusarle o suspenderle el Seguro de Salud de AHCCCS. Nosotros le pediremos que nos suministre pruebas adicionales de cualquier declaración que usted haga en su solicitud que no coincida con información que obtenemos de otras fuentes. Si usted y/o su apoderado/a suministran información falsa a sabiendas, a usted y/o a su apoderado/a se les interpondrá una acción judicial penal, lo que puede resultar en multas, reclusión y/o diferentes sanciones de acuerdo a la ley estatal o federal. También se le puede pedir que le pague a AHCCCS por el Seguro de Salud de AHCCCS que usted recibió durante el tiempo en que usted no era elegible.

Para más información sobre sus obligaciones, vea la página 8.

Usted escoger un Plan de Salud que trabaje en su condado. *Anote su escogencia en la página 1.*

- **USTED NECESITA ESCOGER UN PLAN DE SALUD QUE OFRECE SERVICIOS EN SU CONDADO.** Todos los planes de salud de AHCCCS suministran servicios que están cubiertos y que aparecen en la lista de la página A. Si usted tiene aprobación solamente para servicios de emergencia o solamente Medicare Cost Sharing, usted no será inscrito/a en un Plan de Salud de AHCCCS.
- Revise los planes de salud para su condado que están en la lista de abajo. Los Indígenas Americanos pueden escoger American Indian Health Program o un Plan de Salud de AHCCCS.
- Antes de escoger, consulte con su doctor, farmacia u hospital, para ver si ellos tienen un contrato con (trabajan con) el plan que usted desea. Si usted desea más información sobre los doctores, especialistas u hospitales que tienen un contrato con un plan de salud que trabaja en su condado, llame al número para el plan de salud que aparece en la lista de abajo o pregúntele a su Especialista en Determinación de Derechos para que le enseñe la lista de proveedores de cuidados de salud de su plan de salud.
- Seleccione un plan de salud. Si usted no escoge un plan de salud, se le asignará uno. Si usted ha sido inscrito/a en un plan de salud de AHCCCS en los últimos 90 días, usted puede inscribirse con su plan de salud anterior.

CONDADO APACHE

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Program	928-729-8000

Si su código postal es 85943, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Navajo.

CONDADO COCHISE

University Family Care.....	1-800-582-8686
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
American Indian Health Program	520-295-2479

CONDADO COCONINO

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Program	928-283-2501

Si su código postal es 86336 ó 86340, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Yavapai.

CONDADO GILA

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
University Family Care.....	1-800-582-8686
American Indian Health Program	928-475-2371

CONDADO GRAHAM

University Family Care.....	1-800-582-8686
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
American Indian Health Program	928-475-2686

Si su código postal es 85643, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Cochise.

CONDADO GREENLEE

University Family Care.....	1-800-582-8686
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
American Indian Health Program	928-475-2371

CONDADO LA PAZ

Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Program	928-669-2137

CONDADO MARICOPA

Maricopa Health Plan.....	1-800-582-8686
Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Care 1st.....	1-866-560-4042
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
American Indian Health Program	602-263-1200

CONDADO MOHAVE

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Program	928-769-2900

CONDADO NAVAJO

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Program	928-338-4911

CONDADO PIMA

Arizona Physicians, IPA	1-800-348-4058
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
Phoenix Health Plan.....	1-800-747-7997
University Family Care	1-800-582-8686
American Indian Health Program.....	520-295-2479

Si su código postal es 85645, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Santa Cruz.

CONDADO PINAL

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
University Family Care	1-800-582-8686
American Indian Health Program.....	520-562-3321

Si su código postal es 85242 ó 85220, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa. Si su código postal es 85292 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Gila.

CONDADO SANTA CRUZ

University Family Care	1-800-582-8686
Health Choice Arizona.....	1-800-322-8670
American Indian Health Program.....	520-295-2479

CONDADO YAVAPAI

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Bridgeway Health Solutions	1-866-516-7224
American Indian Health Program.....	602-263-1200

Si su código postal es 85342, 85358 ó 85390, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa. Si su código postal es 86351 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Coconino.

CONDADO YUMA

Arizona Physicians, IPA	1-800-348-4058
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Program.....	760-572-4100

¿Cómo funciona un Plan de Salud?

- Un plan de salud de AHCCCS es como una organización de mantenimiento de la salud (cuyas siglas en inglés son HMO).
- El plan de salud trabaja con los proveedores de cuidados de salud (doctores, hospitales, farmacias, etc.) para suministrar todos los servicios que están cubiertos por AHCCCS.
- El plan de salud le enviará un manual para miembros en cuanto usted esté inscrito/a.
- Usted puede llamar al plan de salud si tiene cualquier pregunta sobre sus beneficios o servicios o si necesita acomodo especial debido a una discapacidad o los servicios de un intérprete. Puede encontrar el número de teléfono para servicios a miembros o clientes en su Tarjeta de Identificación de AHCCCS y en su Manual para Miembros.

Su Doctor Principal y Especialistas

- Usted debe seleccionar su doctor principal o si no se le asignará uno.
- Una vez inscrito/a, usted recibirá una lista de doctores principales en su área de su plan de salud.
- Su doctor principal:
 - Se encargará de sus cuidados de salud.
 - Será la primera persona a la que usted vaya para recibir cuidados médicos que no sean de emergencia.
 - Será responsable de autorizarle sus servicios médicos que no son de emergencia.
 - Lo/la enviará a ver a un especialista cuando esto sea necesario.
- Usted tiene el derecho de cambiar su doctor principal en cualquier momento llamando a los servicios para miembros o clientes de su Plan de Salud.

¿Cómo puedo obtener Servicios de Salud Mental?

- Usted puede hacerlo por medio de su doctor principal, o
- Llame al teléfono para salud mental que aparece en su Tarjeta de Identificación de AHCCCS.

Su Tarjeta de Identificación de AHCCCS

- Su Tarjeta de Identificación de AHCCCS tiene su número de Identificación de AHCCCS único.
- Presente la tarjeta cuando usted obtenga cuidados médicos (puede ser que usted necesite enseñar también una identificación con foto).
- Doctores, hospitales y farmacéuticos usan su Tarjeta de Identificación de AHCCCS para obtener verificación de sus derechos en forma más rápida.
- Lleve su Tarjeta de Identificación de AHCCCS con usted todo el tiempo.
- Guarde su Tarjeta de Identificación de AHCCCS en un lugar seguro.
- No deje que nadie más use su Tarjeta de Identificación de AHCCCS o sera perjudicado.

¿Qué pasa si yo tengo Medicare u otro seguro de salud?

- Asegúrese de informarle a su plan de salud que usted tiene Medicare o cualquier otro seguro de salud.
- Si su doctor no tiene un contrato con un plan de salud de AHCCCS, su doctor debe llamar al plan de salud de AHCCCS para coordinar los cuidados o usted puede ser responsable de cualquier pago suplementario o deducibles de Medicare o de otro seguro de salud.
- Si usted está en un HMO, usted debe seleccionar un doctor que trabaje tanto para su HMO como para su plan de salud de AHCCCS.
- Si usted tiene Medicare, su cobertura de medicamentos recetados bajo AHCCCS está limitada. Si usted tiene preguntas sobre medicamentos recetados, llame al 1-800-MEDICARE (633-4227), o a su plan de salud de AHCCCS.



Solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS

Por favor llene páginas 1 - 8.

Date Received

A. Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del/de la solicitante o del adulto responsable si es que está solicitando por un menor.

Nombre de la persona que solicita o del adulto responsable					
Dirección de la Casa	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono para mensajes o Teléfono Celular		
¿Vive usted en un refugio, o se considera usted sin hogar?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Correo electrónico	

B. ¿Qué idioma habla? Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma lee usted? Inglés Español Otro _____

C. ¿Alguna persona incluida en esta solicitud está embarazada? Puede haber un límite de ingresos más alto para las mujeres que están embarazadas.

No Sí Si Sí, quién _____ ¿Para cuándo espera el bebé? _____ ¿Cuántos bebés espera? _____

D. ¿Cómo supo sobre AHCCCS? Escuela del/de la niño/a TV/Radio/Periódico Amigo/a/Familia

Organización de la Comunidad Evento de la Comunidad Doctor/Hospital

Departamento de Seguridad Económica Otro

E. Los diferentes planes de salud que prestan servicios en su condado se encuentran en una lista en la página D.

Ponga su selección de plan de salud aquí:

⇒ Si usted desea que otra persona lo represente, llene la sección F. De no ser así, pase a la página 2. ⇐

F. Si usted desea que otra persona lo represente o si usted tiene un tutor legal, suministre la información a continuación.

Nombre del/de la Apoderado/a					
Dirección del domicilio del/de la Apoderada	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal del/de la Apoderado/a	APT#	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono del Domicilio del/de la Apoderado/a	Segundo Teléfono del/de la Apoderado/a (voz, mensaje, celular)		Otro Teléfono del/de la Apoderado/a (voz, mensaje, celular)		
Al firmar abajo, yo: Autorizo a mi apoderado/a a completar y firmar mi solicitud. Juro bajo pena de cometer perjurio que daré información completa y verdadera a mi representante sobre mis circunstancias personales, y estoy de acuerdo en que quedo obligado por las declaraciones que hizo mi representante con respecto a mí. Además, autorizo a mi apoderado/a a suministrar cualquier documento que se solicite, incluyendo información personal; Autorizo a mi apoderado/a a firmar en nombre mío para permitir que otras personas, negocios o agencias le suministren mi información personal a AHCCCS; Doy permiso a AHCCCS o a DES para informar a mi representante sobre mi derecho.					
Firma del/de la Solicitante (no se necesita si usted tiene un guardián legal si el/la solicitante no puede firmar debido a que está incapacitado/a)				Fecha	

G. **Autorización para Dar a Conocer Información a Hospitales/Organizaciones/Agencias** Inpatient Treat & Release

Provide the information below if you wish to receive information about this applicant's eligibility. AHCCCS cannot share information about this applicant without the applicant's written permission.


Hospital/Hospital's Agent/Organization/Agency	Contact Person	Telephone number
Address		City, State, Zip

Autorizo al personal de AHCCCS, KidsCare o DES a suministrarle al hospital, agente del hospital, organización o agencia que aparece arriba la información a continuación:

- que yo he solicitado un Seguro de Salud de AHCCCS;
- la información o prueba necesaria para verificar si puedo obtener un Seguro de Salud de AHCCCS; y
- si me han aprobado o rehusado un Seguro de Salud de AHCCCS si fue rehusado, la razón.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

H. Complete la información sobre los adultos (19 años de edad o mayores) del hogar. Vea la página C para saber a quién incluir en la solicitud.

⇓ PREGUNTAS ⇓	⇓ Adulto 1 ⇓	⇓ Adulto 2 ⇓	⇓ Adulto 3 ⇓
1. Nombre Escriba sus respuestas a todas las preguntas en la siguiente columna. 	Nombre _____ Seg. Nom. _____ Apellido _____ Otro(s) nombre(s) usados _____	Nombre _____ Seg. Nom. _____ Apellido _____ Otro(s) nombre(s) usados _____	Nombre _____ Seg. Nom. _____ Apellido _____ Otro(s) nombre(s) usados _____
2. Fecha de Nacimiento	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
3. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
4. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____
5. # del Seguro Social (opcional para personas que no están solicitando)			
6. Está esta persona solicitando Seguro de Salud de AHCCCS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 7 a la 18 de esta página para esta persona.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 18 de esta página para esta persona.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 10 a la 18 de esta página para esta persona.
7. Origen étnico (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)
8. Raza (seleccione uno o varios) (Opcional)	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico
9. ¿Esta persona vive en Arizona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Esta persona tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que Sí, vea la página 6	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que Sí, vea la página 6	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que Sí, vea la página 6
11. Si esta persona tiene Medicare, ¿desea esta persona ayudar a pagar los Costos de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eso es todo lo que quiero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eso es todo lo que quiero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eso es todo lo que quiero
12. Lugar de Nacimiento	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____
13. Estado de Ciudadanía de los EE.UU. Adjunte Prueba (ver Página B)	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____
14. Si esta persona no es ciudadano/a pero es un/a Residente Legal Permanente (LPR), ¿tiene esta persona un/a patrocinador/a?	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No
15. ¿Trabaja esta persona o su cónyuge para una agencia del estado?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No
16. ¿Esta persona no puede trabajar debido a una condición médica que ha durado o que puede durar 12 meses, o que puede resultar en su muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Esta persona o el/la cónyuge de esta persona o su cónyuge fallecido/a trabajó alguna vez para una agencia gubernamental o para un patrón con plan de pensión?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía? _____ <input type="checkbox"/> No
18. ¿Esta persona o el/la cónyuge de esta persona o su cónyuge fallecido es o fue veterano?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿en cuál rama del servicio militar? _____ # de ID Militar: _____ Fechas de Servicio: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿en cuál rama del servicio militar? _____ # de ID Militar: _____ Fechas de Servicio: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿en cuál rama del servicio militar? _____ # de ID Militar: _____ Fechas de Servicio: _____ <input type="checkbox"/> No

I. Suministre información sobre todos los niños menores de 19 años en el hogar. Si hay más de cuatro niños en su hogar, por favor adjunte una página adicional para los demás niños y suministre la información que se pregunta a continuación.

↓ PREGUNTAS ↓	↓ Hijo/a 1 ↓	↓ Hijo/a 2 ↓	↓ Hijo/a 3 ↓	↓ Hijo/a 4 ↓
1. Nombre del/de la hijo/a	Nombre Seg. Nom. Apellido	Nombre Seg. Nom. Apellido	Nombre Seg. Nom. Apellido	Nombre Seg. Nom. Apellido
2. Fecha de Nacimiento	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
3. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
4. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Nombre del/de la Cónyuge: _____
5. # del Seguro Social (opcional para personas que no están solicitando)				
6. Nombre del (de los) padre(s) del/de la menor que vive(n) en el hogar con el/la menor y si no lo(s) hay, nombre del familiar y su relación con el menor.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro Otro Familiar _____ Relación _____
7. ¿Recibe este niño manutención de menores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mensual Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mensual Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mensual Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mensual Cantidad: _____
8. ¿Está solicitando Seguro de Salud para este/a niño/a?	ATLAS #: _____ <input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 9 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No	ATLAS #: _____ <input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 9 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No	ATLAS #: _____ <input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 9 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No	ATLAS #: _____ <input type="checkbox"/> Sí Si no es así, usted no necesita contestar las preguntas de la 9 a la 17 de esta página para esta persona. <input type="checkbox"/> No
9. Origen étnico (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)
10. Raza (seleccione uno o varios) (Opcional)	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico
11. ¿Es el/la menor residente de Arizona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. Lugar de Nacimiento	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____	<input type="checkbox"/> EE.UU. Estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro País _____
13. Estado de Ciudadanía de los EE.UU.	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____	<input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU. Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? ID# A _____
14. Si niño/a no es ciudadano/a pero es un/a LPR, ¿tiene niño/a un/a patrocinador/a?	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, ¿cuál es el nombre de su patrocinador/a? _____ <input type="checkbox"/> No
15. ¿Este menor o los padres del menor o su cónyuge trabajan para una agencia gubernamental?	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si Sí, ¿nombre de la agencia? _____ <input type="checkbox"/> No
16. Nombre del/de los padre(s) que <u>NO</u> viven en el hogar	Madre _____ Padre _____	Madre _____ Padre _____	Madre _____ Padre _____	Madre _____ Padre _____
17. Dirección y # de Teléfono del/de los padre(s) que <u>NO</u> viven en el hogar	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____

J. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud trabaja por cuenta propia?

No Si responde que no, pase a la pregunta K.

Sí ¿Cuándo empezó a trabajar por su cuenta propia? _____

¿Cuál es el promedio del ingreso mensual antes de las deducciones? _____ ¿El promedio mensual de gastos? _____

Escriba el nombre de la persona que trabaja por cuenta propia: _____ Y escoja una de las siguientes selecciones de abajo.

Yo no espero un cambio en la cantidad de ingresos que voy a recibir este año en comparación con los ingresos que recibí el año pasado trabajando por cuenta propia. *Adjunte la declaración de los Impuestos federales más reciente: 1040, SE y los anexos correspondientes, como C, C-EZ, E, F y K-1. Si usted no tiene declaraciones de impuestos federales, adjunte prueba de ingresos de negocios del último y del actual mes calendario. Incluya copias de recibos de todos los gastos relacionados con los negocios. Para más información vea la página C.*

Yo espero un cambio en la cantidad de ingresos que voy a recibir este año en comparación con los ingresos que recibí el año pasado trabajando por cuenta propia. Explique: _____
Adjunte pruebas de ingresos de negocios del mes calendario pasado y de lo que va de este mes. Incluya copias de recibos de todos los gastos relacionados con negocios. Para más información vea la página B.

K. Por favor llene la información sobre todos los demás ingresos de todas las personas que se anotan en esta solicitud. Los tipos de ingresos incluyen empleo por cuenta propia, sueldos, manutención de menores, beneficios del Seguro Social, beneficios de Veteranos, beneficios de discapacidad, ingresos de jubilación o pensión, subvención de educación o becas, dinero que alguien le dio o le prestó a usted, intereses en cuentas financieras, o cualquier otro dinero que cualquier persona en la lista de esta solicitud recibe.

Nombre de la persona que recibe ingresos	Tipo de Ingreso	Nombre y dirección del patrón, agencia, institución financiera o persona de la cual proviene el ingreso	Número de teléfono del patrón, agencia o persona	¿Cada cuánto le pagan?	Ingreso total (antes de las deducciones) que recibe cada vez	Horas trabajadas por período de pago	Cantidad por hora	Horas de tiempo extra trabajado por período de pago	Cantidad por hora por tiempo extra
				<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
				<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
				<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
				<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____	\$ por período		\$ por hora		\$ por hora

Por favor adjunte pruebas de todos los ingresos que recibieron durante este mes y el mes pasado todas las personas, incluyendo los/las niños/as en la lista de esta solicitud. Si una persona recibe ingresos por trimestre, cada seis meses, una vez al año, etc., adjunte pruebas del último mes en que recibió ingresos. Envíe pruebas como:

- ✓ Talonarios de cheques por cada día de pago del último mes y de este mes o una carta o nota de su patrón donde aparezcan sus ganancias por ese período antes de los impuestos y de otras deducciones.
- ✓ Una nota o carta de su patrón donde se dé el total del equivalente monetario de pagos que alguien en su hogar recibió a cambio de trabajo y que no fueran dinero (alquiler gratis, etc.).
- ✓ Si a usted le pagan de acuerdo a un contrato, envíe una copia del contrato.
- ✓ Una nota o carta de cualquier persona que le haya dado o prestado dinero donde aparezca la cantidad y se explique si el dinero fue dado como regalo o como préstamo.
- ✓ Seguro Social, Oficina de Veteranos o cartas de indemnización industrial que indiquen la cantidad que usted recibe cada mes.
- ✓ Estado de cuentas del banco sobre ingresos por intereses o dividendos.
- ✓ Prueba de todos los pagos de manutención de menores recibidos en este mes y en el último mes o la copia de su orden judicial.

L. ¿Alguna persona en la lista de esta solicitud recibe algún ingreso de la lista de abajo?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No	
Tiempo Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio Empleo Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio Diferencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Permiso sin Goce de Sueldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reembolsos tales como gas, uniformes, kilometraje, etc..					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted marcó que SÍ, explique QUIÉN, DÓNDE, CON QUÉ FRECUENCIA y CUÁNTO cambiará la cantidad de ingresos recibida

M. ¿Alguien en la lista de esta solicitud perdió su trabajo en los últimos dos meses?

No Sí De ser así, quién: _____ Fecha en que trabajó por última vez _____ Última fecha de pago _____
(Adjunte prueba de la cantidad pagada por este trabajo el mes pasado y este mes.)

N. ¿Aproximadamente cuánto gasta al mes en comida, ropa, habitación, servicios públicos, teléfono, gastos de carro, seguro, pagos ordenados por el tribunal como manutención de menores y pensión alimenticia y otros gastos? _____

Si usted no tiene suficientes ingresos para cubrir sus gastos mensuales (comida, ropa, hospedaje, transporte, etc.) incluya una declaración firmada y fechada explicando cómo paga usted por estos gastos.

O. ¿Está alguna persona de 18 a 21 años de edad de la lista de esta solicitud asistiendo a la escuela? Sí No

¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud es menor de 18 Y TRABAJA y estudia? Sí No

Si respondió que SÍ a cualquiera de las preguntas de arriba, suministre la información a continuación.

Nombre del estudiante	Estado del estudiante	Fecha en que espera graduarse	Nombre de la escuela	Número de teléfono de la escuela
	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			
	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			

P. ¿Alguien en la lista de esta solicitud está a cargo de las cuentas por el cuidado de algún niño o adulto incapacitado para que una persona en esta lista pueda trabajar? No Sí Si sí, complete la información a continuación.

Nombre de la persona que necesita ser cuidada	¿Qué cantidad se cobra?	¿Cada cuánto? (a diario, semanalmente, mensualmente)	Nombre de la persona que suministra los cuidados	Número de teléfono de la persona que suministra los cuidados

Q. ¿Alguna persona en la lista de esta solicitud es una persona que está empleada y tiene una discapacidad que va a durar por lo menos 12 meses?

No Sí Si sí, quién: _____

Personas discapacitadas que están empleadas pueden tener un límite de ingresos más alto.

R. ¿Alguna persona de la lista de esta solicitud que tiene 65 años de edad o más o que está discapacitada necesita cuidados en una casa de reposo u hospicio, ayuda para vestirse, bañarse, para hacerse su aseo personal, para comer, o para movilizarse dentro de su casa, o terapias como foniatría o terapia físicas?

No Sí Si sí, quién: _____
Esta persona podría ser elegible para servicios por medio del Sistema de Cuidados a Largo Plazo (Arizona Long Term Care System [ALTC]).

S. Hay una orden judicial para que un/a padre/madre que no vive en el hogar suministre manutención médica, tal como seguro de salud, para un/a niño/a?

No Sí Si sí, ¿para cuál(es) niño/a(s)?: _____

T. Si alguna persona en su hogar tiene derecho a Medicare, ¿está esa persona inscrita en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (Medicare Part D Prescription Drug Plan)?

No Sí Si responde que sí, responda la lista de abajo.

Nombre de la(s) persona(s) inscrita(s) en un Plan de Medicamentos Recetados Parte D	Nombre del Plan Parte D	Número del Grupo	Número de Identificación	Fecha de Inscripción

AHCCCS no puede pagar por la mayoría de las recetas de medicamentos para personas que tienen derecho a Medicare. Una persona que no está inscrita en un plan de Medicamentos Parte D debe inscribirse tan pronto como le sea posible. Comuníquese con los siguientes recursos de ayuda:

- 1-800-MEDICARE (633-4227)
- On-line at www.MEDICARE.gov
- RX help-line 1-877-794-3570

U. ¿Alguien en la lista de esta solicitud tiene cobertura de seguro de salud que no sea AHCCCS? Sí No
 ¿Alguien en la lista de esta solicitud tuvo seguro de salud en los últimos 3 meses? Sí No

Si respondió que Sí a cualquiera de las preguntas de arriba, suministre la información a continuación.

Nombre de la(s) persona(s) con seguro	Nombre de la compañía de seguros	Número de teléfono de la compañía de seguros	Número de póliza	Si la cobertura terminó, fecha en la que terminó

V. ¿Alguna persona en la lista de esta solicitud tiene un enfermedad crónica (condición médica que requiere tratamiento frecuente y continuo y que de no ser tratada en forma adecuada afectará seriamente la salud total de la persona)?

No Sí Si Sí, quién: _____ Condición: _____
 quién _____ Condición: _____

W. ¿Tiene algún/a niño/a en esta solicitud una enfermedad seria que no está en la lista de arriba (condición médica o mental que de no ser tratada puede resultar en muerte, discapacidad, desfiguración, o problemas de funcionamiento)?

No Sí Si Sí, quién: _____ Condición: _____
 quién: _____ Condición: _____

X. ¿Alguno/a de los/las solicitantes tiene una herida o enfermedad que es consecuencia de un accidente o negligencia médica?

No Sí Si sí, quién: _____

Y. ¿Es alguna persona de la lista de esta solicitud responsable del pago de los servicios médicos que se recibieron este mes o el mes pasado o espera tener gastos médicos el próximo mes?

No Sí Si sí, quién: _____ ¿Quién recibió las atenciones médicas? _____

Z. ¿Hay alguien en esta lista menor de 21 años que era un niño/a de cuidados de crianza por medio del Departamento de Seguridad Económica (DES) al cumplir los 18 años?

No Sí Si sí, quién: _____

Personas menores de 21 que estuvieron en cuidados adoptivos del DES de Arizona hasta su 18º cumpleaños son elegibles para AHCCCS.

AA. ¿Alguien por quien usted está solicitando en esta solicitud salió de la prisión, la cárcel o del Hospital del Estado de Arizona en este mes?

No Sí Si sí, quién: _____ Fecha en que salió _____

quién: _____ Fecha en que salió _____

BB. ¿Alguna persona en esta solicitud es dueño/a o tiene su nombre en alguno de los siguientes:

Cuentas bancarias, corrientes de ahorros, cuentas de asociaciones de crédito, cuentas de retiro, IRA, Keogh, 401K?

No Sí Si sí, quién: _____ Cantidad Total: _____

¿Acciones, bonos, cuentas en el mercado de valores, certificados de depósito (CDs), fondos de fideicomiso, fondos de inversión mobiliaria?

No Sí Si sí, quién: _____ Valor: _____

¿Bienes Raíces (terrenos o edificios) en cualquier lugar?

No Sí Si sí, quién: _____ Valor: _____

¿Vehículos (autos, camiones, botes, vehículos para recreación (RVs), motocicletas, etc.)?

No Sí Si sí, quién el/la dueño/a: _____ ¿Cuántos? _____

Indique la marca, el modelo y el año de todos los vehículos: _____

CC. ¿Alguien por quien usted está solicitando en esta solicitud se mudó a Arizona este mes?

No Sí Si sí, quién: _____ Fecha en que se mudó a Arizona _____

Si sí, quién: _____ Fecha en que se mudó a Arizona _____

DD. ¿Alguna persona en la lista de esta solicitud es dueño/a, alquila o mantiene un hogar fuera de Arizona?

No Sí Si sí, quién: _____ Donde: _____

EE. Si usted no tiene derecho a Seguro de Salud de AHCCCS gratis, ¿estaría dispuesto/a a pagar una mensualidad por la cobertura?

No Sí, por todos los miembros del hogar Sí, sólo por las siguientes personas: _____

Si responde que no o si lo deja sin contestar, no consideraremos esta solicitud para programas que tengan una cuota.

FF. Si usted no está inscrito/a para votar donde usted vive ahora, ¿le gustaría inscribirse para votar?

No Sí Ya estoy Inscrito/a Si usted no marca que Sí, se considerará que usted ha decidido no inscribirse para votar en este momento.

Si usted marca que sí, le enviaremos por correo la solicitud de inscripción para votar o usted puede visitar www.azsos.gov/election/voterInformation.htm en la internet (la mayoría de las bibliotecas públicas tienen acceso gratis a la internet). Si usted desea que lo/la ayuden a llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha obstaculizado su derecho de inscribirse o declinar inscribirse para votar, su derecho a privacidad al decidir si inscribirse o solicitar inscribirse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentarle una queja a:

State Election Director
Secretary of State's Office
1700 West Washington
Phoenix, Arizona 85007
(602) 542-8683

Solicitar inscribirse o declinar inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que usted recibirá de esta agencia.

DECLARACIONES

Cooperación:

Entiendo que especialistas en elegibilidad de AHCCCS, DES o KidsCare revisarán mi solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS y se comunicarán conmigo si necesitan más información.

Estoy de acuerdo en:

- Suministrar toda la información y pruebas necesarias para llegar a una decisión con respecto a esta solicitud;
- Identificar a cualquier persona que pueda ser responsable por los cuidados médicos de todos los solicitantes, incluyendo pero sin limitarse a: seguro de salud y discapacidad, reclamos de accidentes y seguros, acuerdos legales y órdenes de ayuda para gastos médicos;
- Notificar si la información que he dado en esta solicitud cambia;
- Pagar una cuota, si se requiere, en la fecha mensual requerida;
- Suministrar toda la información y pruebas al personal estatal y federal que hace la revisión del control de calidad de la elegibilidad de cualquier persona a la que se le aprueba el Seguro de Salud de AHCCCS; y
- Suministrar toda la información y pruebas a la DES Division of Child Support Enforcement (Oficina del DES Encargada del Cumplimiento de la Manutención de Menores, cuyas siglas en inglés son DCSE) para obtener ayuda para gastos médicos de parte de cualquier padre que esté ausente del hogar. Esto puede requerir la determinación de paternidad. (Esto se aplica solo si usted es un padre/una madre de un/a niño/a menor de 18 años de edad al/a la que se le ha aprobado Medicaid y si usted está solicitando Medicaid para usted. Usted puede reclamar causa legítima para no suministrar información o prueba si usted puede demostrar que esto podría resultar en daño físico o emocional para usted o el/la niño/a.)

Pago:

Entiendo que si estoy de acuerdo en pagar una cuota y si se requiere una, debo pagar la cuota mensual antes de la fecha de vencimiento o mi cobertura de Seguro de Salud de AHCCCS será suspendida.

Autorización Para Acceso de Información de HIPAA:

Estoy de acuerdo en permitir acceso a mi información personal y financiera en esta solicitud, incluyendo formularios suplementarios e información de apoyo a AHCCCS o DES con el propósito de determinación de derechos a Seguro de Salud de AHCCCS.

Doy permiso de que:

- La agencia encargada de determinar los derechos para comunicarse con cualquier fuente necesaria para obtener y verificar la información que se necesita para determinar el derecho al Seguro de Salud de AHCCCS está correcta.
- El acceso a información de cualquier fuente que tenga información, incluyendo a información sobre la salud protegida que se incluye en documentos de cobro financieros, cuando se necesite para determinar derechos a Seguro de Salud de AHCCCS;
- El acceso a información por medio de AHCCCS o la Administración de Premium Sharing o sus agentes a una agencia contratada para pagar sus cuentas médicas; y
- El acceso a información a DES/Division of Child Support Enforcement (DCSE), si soy el padre/la madre de un/a niño/a que no vive conmigo y si el/la niño/a tiene Seguro de Salud de AHCCCS. DCSE puede utilizar esta información para obtener una orden de ayuda para gastos médicos; y

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviándole una notificación de revocación por escrito a AHCCCS. Esta autorización será revocada cuando AHCCCS reciba una revocación por escrito, pero la revocación no se aplicará a información que ya haya sido dada como respuesta a esta autorización.
- A menos que haya sido revocada antes, esta autorización expirará cuando mi solicitud de asistencia por medio de AHCCCS sea retirada o rechazada, o cuando mis derechos a asistencia por medio de AHCCCS terminen.
- Esta autorización continuará mientras yo me encuentre impugnando mis derechos en una audiencia administrativa o en un proceso judicial.

Asignación de Derechos Para Otros Tipos de Protección Médica:

Entiendo que si soy aprobado o miembros de mi familia son aprobados por el Seguro de Salud de AHCCCS, AHCCCS puede cobrarle a cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar nuestros gastos de salud. Esto incluye:

- Seguros de salud privados o pagados por patrón (no incluye Medicare)
- Personas, tales como el cónyuge ausente o padre/madre, quien es legalmente responsable de proveer por gastos médicos
- Seguros por discapacidad privados o pagados por patrón
- Seguros de accidente privados o pagados por patrón
- Reclamos de seguros, otorgamientos de jurados, o acuerdos legales por lesiones.

Entiendo que AHCCCS no puede cobrar más de los costos pagados por AHCCCS. También entiendo que debo dar información sobre otras partes responsables y tomar cualquier acción que sea necesaria para recibir pagos por cuidados de salud. Esto incluye la determinación de paternidad de mis hijos, a menos que yo pueda probar que tengo justificación importante para no hacerlo.



MUY IMPORTANTE – DEBE FIRMAR

Necesitamos su firma para procesar esta solicitud.



Declaración de Verdad: Juro bajo pena de cometer perjurio que las declaraciones dadas en esta solicitud y cualquier otra declaración que di (o que daré) durante el proceso de solicitud son verdaderas y correctas a mi mejor saber. Las fotocopias que di (o que daré) son iguales que los documentos originales. He leído y entiendo todas las declaraciones de arriba, incluso la advertencia de sanción en la página C sobre posible procesamiento penal y sanciones por suministrar información falsa.

↓ Firma del solicitante, adulto responsable o representante autorizado ↓	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha	Relación
Firma de otro adulto que solicita	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha	Relación
Firma de Testigo si firmó con una marca	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha	Relación

Gracias por llenar esta solicitud para Seguro de Salud de AHCCCS.

Antes de enviar esta solicitud, por favor revise lo siguiente:

- Contesté todas las preguntas en la solicitud.
- Puse mi número de teléfono y dirección postal en la solicitud.
- Incluí prueba de ingresos para todas las personas en la lista de la solicitud.
- El/la solicitante, que es un/a adulto/a responsable, o un/a representante autorizado/a firmó y puso la fecha en la solicitud.
- Los otros solicitantes firmaron y pusieron la fecha en la solicitud.