



# Solicitud para los Programas de Prestaciones Médicas de AHCCCS y Programas de Ahorro de Medicare Savings Programs



Usted puede solicitar en línea usando Health-e-Arizona en [www.healtharizona.org](http://www.healtharizona.org).

## QUEDESE CON PÁGINAS A, B, C, Y D PARA SUS ARCHIVOS

Si usted tiene más de 65 años, está ciego o discapacitado o si tiene derecho a Medicare, use esta solicitud para solicitar los programas de Prestaciones Médicas de AHCCCS y Programas de Ahorro de Medicare o los dos. O, usted puede solicitar en línea en [www.healtharizona.org](http://www.healtharizona.org).

### ¿Cómo puedo calificar para las Prestaciones Médicas de AHCCCS?

- Sus ingresos mensuales no pueden exceder \$931 para una persona o \$1,261 para una pareja (después de la deducción estándar de \$20 y otras deducciones permitidas si usted tiene ingresos ganados o hijos dependientes o las dos cosas).
- Usted debe ser residente del estado de Arizona y ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid.
- Debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición.
- Si usted tiene menos de 65 años y no recibe ingresos por discapacidad del Seguro Social, entonces la determinación de discapacidad formará parte del trámite de su solicitud.

### ¿Qué servicios médicos están cubiertos por las Prestaciones Médicas de AHCCCS?

|   |   |  |
|---|---|--|
| Medicamentos de receta*                 | Suministros médicos                           | Vacunas (invecciones)                              |
| Consultas médicas**                     | Transporte médicamente necesario              | Ouimioterapia                                      |
| Servicios de laboratorio y radiografías | Cuidado de especialista médicamente necesario | Atención médica de emergencia                      |
|   | Podología médicamente necesaria               |  |
| Servicios de hospital                   | Cuidado de la salud de la conducta            | Servicios de Rehabilitación                        |
|   | Diálisis                                      | 90 días de servicios de cuidados en casa de reposo |

\* La cobertura de estos servicios puede estar limitada dependiendo del servicio solicitado, su edad o el programa.

\*\* Visitas de Bienestar para personas de 21 años de edad o mayores no están incluidas.

### ¿Cómo puedo calificar para los programas de la División de Costos de Medicare?

Si usted está recibiendo o si tiene derecho a Parte A de Medicare, use esta solicitud para solicitar ayuda con su(s) pago(s) de Medicare, pagos complementarios y deducibles.

Hay cuatro programas de la Programas de Ahorro de Medicare. Cada uno tiene diferentes límites de ingresos y diferentes prestaciones.

| Programa División de Costos de Medicare →                              | Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)  | Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos (SLMB)                                    | Persona Calificado – 1 (QI-1)   |
|--|--|---|---|
| Requisitos generales de elegibilidad:                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted debe ser residente del estado de Arizona.</li> <li>• Usted debe ser ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid.</li> <li>• Usted debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición.</li> </ul>  |   |   |
| Límites de ingresos mensuales (después de las deducciones permitidas): | \$0 - \$931 (Persona)<br>\$0 - \$1,261 (Pareja)  | \$931.01 - \$1,117 (Persona)<br>\$1,261.01 - \$1,513 (Pareja)                         | \$1,117.01-\$1,257 (Persona)<br>\$1,513.01-\$1,703 (Pareja)                           |
| Requisitos específicos:  | Recibe o tiene derecho a Medicare Parte A  | Recibe Medicare Parte A   | Recibe Medicare Parte A   |
| ¿Qué es la prestación?:  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga su prima de Medicare Parte B</li> <li>• Paga su prima de Medicare Parte A (si no es gratuita)</li> <li>• Paga su coseguro de Medicare</li> <li>• Paga sus deducibles de Medicare.*</li> </ul> <p>* Si usted está inscrito con una HMO de Medicare, sus pagos compartidos también serán pagados. Si elige cobertura adicional de alguna HMO de Medicare, usted será responsable de las primas y los costos adicionales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga su prima de Medicare Parte B</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga su prima de Medicare Parte B</li> </ul> |

# ¿Cuánto le Cuesta el Seguro de Salud de AHCCCS?

## Cuotas

La mayoría de las personas no tiene que pagar una cuota mensual por Seguro de Salud de AHCCCS. Algunas personas con ingresos demasiado altos para tener derecho a 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 - \$35 por persona para las personas empleadas con discapacidades.

## Pagos complementarios

Un pago complementario es la cantidad que usted le paga a un proveedor de cuidados de salud cuando usted recibe un servicio médico. La cantidad de su pago complementario variará dependiendo del programa de AHCCCS en el que usted esté inscrito y los servicios que usted necesite. Para algunos programas de AHCCCS, el proveedor puede negarse a prestar servicios si no se hacen los pagos complementarios. Los pagos complementarios para servicios son:

- \$2.30 a \$10.00 para medicamentos recetados
- \$0 a \$30.00 por uso de la sala de emergencias para situaciones que no son de emergencia
- \$3.40 a \$5.00 para visitas externas de pacientes para evaluación y administración de servicios incluyendo visitas a la oficina del doctor
- \$2.30 a \$3.00 para terapia física, ocupacional o de habla

Recuerde informar cualquier cambio en los ingresos porque esto puede cambiar la cantidad de sus pagos complementarios.

## ¿Cómo trabaja el Seguro de Salud de AHCCCS?

Si usted recibe 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 Plan como su plan de salud
- Usted esté sólo pidiendo ayuda con sus costos de Medicare. Si usted recibe aprobación para uno de los programas de Costos Compartidos de Medicare (Medicare Cost Sharing), AHCCCS puede pagar por sus cuotas de Medicare y seguro complementario y deducibles de Medicare, o
- AHCCCS sólo puede pagar por sus servicios de emergencia debido a su situación con la Oficina del Servicio de Ciudadanía e Inmigración. Si usted recibe aprobación sólo para servicios de emergencia, usted puede recibir servicios médicos de cualquier proveedor (doctor, hospital, etc.) que tenga un acuerdo para cobrarle a AHCCCS por servicios de emergencia cubiertos.

## ¿Cómo funciona un Plan de Salud?

- 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.

## ¿Quién puede llenar la solicitud?

Usted puede llenar esta solicitud, o alguien de su elección que sepa o que pueda conseguir la información necesaria para llenarla por usted y los miembros de su familia. Los términos "solicitante" y "usted" de este formulario se refieren a la persona que solicita las prestaciones de Prestaciones Médicas de AHCCCS o los de la División de Costos de Medicare o de los dos. **Usted y su cónyuge pueden usar el mismo formulario para solicitarlo.** Si usted tiene protector o tutor legal, éste debe llenar el formulario por usted.

## INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

Marque **SÍ** o **NO** en la solicitud donde le pregunta si solicita Prestaciones Médicas de AHCCCS o ayuda para pagar los costos de Medicare. Usted puede contestar **SÍ** a cualquiera de las preguntas o a las dos.

- Conteste todas las preguntas de las páginas 1 a 3.
- Si usted necesita más espacio, adjunte hojas adicionales para proporcionar todos los detalles pedidos.
- Lea la página C para una explicación de sus derechos y responsabilidades y sobre la provisión de su número del seguro social.
- Firme la solicitud.
- Adjunte toda la verificación pedida cuando envíe la solicitud.
- Guarde esta página cubierta y la última, luego lleve o envíe por correo las páginas 1 a 3. La dirección y el teléfono de las oficinas aparecen en la página 4.

## A las siguientes personas nunca se les pedirá hacer pagos complementarios:

- Niños menores de 19 años
- Personas consideradas con Enfermedades Mentales Serias (cuyas siglas en inglés son SMI) por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona
- Individuos de hasta 20 años de edad con derecho a recibir servicios del programa de Servicios de Rehabilitación para Niños (Children's Rehabilitative Services, cuyas siglas en inglés son CRS)
- Personas que son miembros de cuidados delicados y que están residiendo en hogares de reposo, o instalaciones residenciales tales como un Hogar de Vida Asistida y sólo cuando la condición médica del miembro de cuidados delicados de otra forma requiere hospitalización. La exención de los pagos complementarios para los miembros de cuidados delicados se limita a 90 días en un año de contrato.
- Personas que reciben cuidados de hospicio

## Además, nunca se le requiere a nadie hacer pagos complementarios por los siguientes servicios:

- Hospitalizaciones
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros de Planificación Familiar
- Cuidados de salud relacionados con embarazo incluyendo tratamiento de cesación de tabaco para mujeres embarazadas
- Servicios pagados con base a una tarifa por cada servicio

## 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.

- Si usted solicita las Prestaciones Médicas de AHCCCS, lea la página D y escoja algún plan médico de AHCCCS.
- Si usted tiene alguna pregunta sobre estos programas, o necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor llame:
  - Si usted está llamando desde los códigos de áreas (480, 602 ó 623) marque (602) 417-5010 y escoja la opción 5.
  - Si usted está llamando desde los códigos de áreas (520, 760 ó 928) marque el número gratis 1-800-528-0142.

Después de recibir su solicitud, nos comunicaremos con usted para más información, o si su solicitud está completa, para hacer una decisión sobre su elegibilidad. Le enviaremos un aviso explicándole la decisión.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS SOLICITANTES/RECEPTORES

Usted tiene el **DERECHO** a:

1. Ser tratado/a justamente y equitativamente sin importar su raza, religión, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, o creencias políticas.
2. Solicitar Beneficios Médicos de AHCCCS y a que se le dé un aviso diciéndole si usted tiene derecho a ellos o no.
3. Revisar los manuales de AHCCCS que indican las normas y las reglas del programa AHCCCS si usted desea saber la razón por la que su solicitud es denegada.
4. Que toda la información que usted suministre relacionada con sus derechos se mantenga privada de acuerdo a la ley estatal y federal.
5. Una audiencia justa si no está de acuerdo con una acción adversa tomada por la Administración de AHCCCS. Una acción adversa significa que su solicitud para servicios de AHCCCS fue denegada, que sus beneficios de AHCCCS terminaron o que sus servicios de AHCCCS fueron reducidos. Usted puede también solicitar una audiencia si no se llega a una decisión sobre su solicitud en un período de 45 días y si el atraso se debe a AHCCCS. Un Juez de Ley Administrativa estará a cargo de su audiencia y el Director de AHCCCS emitirá una decisión. Usted tiene derecho a revisar los documentos de su caso antes de la audiencia. Usted tiene derecho a representarse por sí mismo/a o a que otra persona lo/la represente. Si usted desea solicitar una audiencia, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse por correo o entregarse a Office of Administrative Legal Services, 701 East Jefferson, MD 6200, Phoenix, Arizona 85034 ó enviarse por fax al 602-253-9115.

Usted tiene la **RESPONSABILIDAD** de:

1. Darle a AHCCCS la información necesaria para determinar correctamente sus derechos y autorizar a AHCCCS a investigar y a comunicarse con cualquier fuente necesaria para confirmar la exactitud de la información relacionada con sus derechos.
2. Tomar los pasos necesarios para obtener cualquier beneficio de anualidad, pensión, jubilación y discapacidad al que usted pueda tener derecho, incluyendo, pero sin limitarse a beneficios del Seguro Social, Jubilación del Ferrocarril, beneficios de Veteranos y compensación por desempleo.
3. Reportar pagos a o de su fideicomiso, si usted tiene alguno.

Si usted tiene derecho usted **DEBE**:

1. Notificarle a la oficina de AHCCCS/ALTCS tan pronto como le sea posible pero no después de 10 días por teléfono, carta o en persona, siempre que haya algún cambio de sus ingresos, dirección, estado civil, cobertura Médica, composición de su hogar, u otra circunstancia que pudiera afectar sus derechos.
2. Cooperar con el personal de Arizona o el Federal para completar una revisión de control de calidad de sus derechos.

## SUMINISTRO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL y DE SITUACIÓN DE INMIGRANTE

Usted debe suministrar o solicitar un número de Seguro Social (cuyas siglas en inglés son SSN) para cada solicitante. Los inmigrantes que no pueden obtener un SSN legalmente no tienen requerido suministrar uno. Este es un requisito de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (SSA) de 1935 (Sección 1137) según la enmienda por P.L. 98-369. Suministrar un número de Seguro Social para alguien que no está solicitando es optativo. Su SSN será usado para revisar la identidad de los que reciben asistencia, para prevenir pagos dobles, para determinar beneficios disponibles por medio de otros programas, para verificar residencia en el estado u otras condiciones de derechos, y para hacer cambios masivos anuales más fácilmente. Su SSN será usado en búsquedas por computadora para comparaciones por medio del State Income and Eligibility Verification System (IEVS) (Sistema del Estado para Verificación de Ingresos y Derechos) y obtener salarios, ingresos y otra información de: (a) el IRS, (b) la Administración del Seguro Social, (c) Arizona Department of Economic Security (el Departamento de Seguridad Económica de Arizona), y (d) otros estados que administran TANF, Medicaid, Seguro por Desempleo (Unemployment Insurance), Cupones para Alimentos (Food Stamps), Programas del Título I, X, XIV, XVI del SSA y agencias que recopilan información sobre salarios en otros estados. AHCCCS usará esta información disponible por medio de su comparación por computadora para verificar ingresos, derechos, estado migratorio y la cantidad correcta de pagos por asistencia médica. Cuando la información que usted nos suministre esté en duda, AHCCCS verificará la información comunicándose con otras fuentes.

## ASIGNACIÓN DE DERECHOS A OTROS BENEFICIOS PARA CUIDADOS DE SALUD (Sólo se aplica para Servicios Médicos de AHCCCS y el Programa Qualified Medicare Beneficiary [Beneficiario Calificado de Medicare])

Entiendo que si soy o si miembros de mi familia son aprobados para recibir beneficios de AHCCCS, AHCCCS puede obtener pago de cualquiera de las partes que sean responsables por el pago de los gastos por cuidados de salud. Esto incluye:

- Agencias de seguro de salud privadas o financiadas por patronos (sin incluir Medicare)
- Personas, tales como cónyuge o padre ausente, que tienen la obligación legal por el financiamiento de gastos médicos
- Seguro por discapacidad privado o financiado por patronos
- Seguro de accidente privado o financiado por patronos
- Reclamos de seguros, asignaciones de dinero hechas por jurados, o acuerdos judiciales por heridas

**Entiendo que AHCCCS no puede cobrar más dinero de lo que se ha pagado por AHCCCS. Entiendo también que debo suministrar información sobre otras partes responsables y tomar las medidas necesarias para recibir ayuda médica. Esto incluye la determinación de paternidad de mis hijos, a menos que yo pueda suministrar causa justa para no hacer esto.**

# Cómo Seleccionar un Plan de Salud

**USTED NECESITA ESCOGER UN PLAN DE SALUD QUE TRABAJE EN SU CONDADO.**

- Todos los planes de salud de AHCCCS suministran los mismos servicios médicos cubiertos.
- Revise los planes de salud para su condado que están en la lista de abajo. Los Indígenas Americanos pueden escoger American Indian Health Plan o un Plan de Salud de AHCCCS.
- Antes de escoger, consulte con su doctor, farmacia u hospital, para ver si ellos tienen contrato con (trabajan con) el plan que usted desea. Si usted desea más información sobre los doctores, especialistas u hospitales que tienen contrato con un plan de salud que trabaja en su condado, llame al número del plan en la lista de abajo o pídale a su Especialista en Determinación de Derechos la lista de proveedores de cuidados del plan de salud.
- Si usted no escoge un plan de salud, le asignarán uno. Si usted ha estado inscrito/a en un plan de salud de AHCCCS en los pasados 90 días, puede ser que usted esté inscrito/a con su plan anterior.

**CONDADO APACHE**

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Phoenix Health Plan .....         | 1-800-747-7997 |
| Health Choice Arizona .....       | 1-800-322-8670 |
| American Indian Health Plan ..... | 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 Plan ..... | 520-295-2479   |

**CONDADO COCONINO**

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Phoenix Health Plan .....         | 1-800-747-7997 |
| Health Choice Arizona .....       | 1-800-322-8670 |
| American Indian Health Plan ..... | 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 Plan ..... | 928-475-2371   |

**CONDADO GRAHAM**

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

**CONDADO LA PAZ**

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

**CONDADO MARICOPA**

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| 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 |
| Maricopa Health Plan .....        | 1-800-582-8686 |
| American Indian Health Plan ..... | 602-263-1200   |

**CONDADO MOHAVE**

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

*Si su código postal es 86434, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Yavapai.*

**CONDADO NAVAJO**

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Phoenix Health Plan .....         | 1-800-747-7997 |
| Health Choice Arizona .....       | 1-800-322-8670 |
| American Indian Health Plan ..... | 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 Plan ..... | 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 Plan ..... | 520-562-3321   |

*Si su código postal es 85342 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 Plan ..... | 520-295-2479   |

**CONDADO SANTA CRUZ**

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

**CONDADO YAVAPAI**

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Phoenix Health Plan .....         | 1-800-747-7997 |
| Bridgeway .....                   | 1-866-475-3129 |
| American Indian Health Plan ..... | 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 Plan ..... | 760-572-4100   |

**IMPORTANTE**

Cuando usted haya escogido un plan de salud, usted puede:

- Escribir su selección en la Página 3, **O**
- Llamar a AHCCCS para preinscribirse. Desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 llame al (602) 417-7100 ó desde los códigos de áreas 520 ó 928 llame al 1-800-334-5283.

Cuando usted llame para preinscribirse, usted necesitará dar la siguiente información:

- Nombre
- Sexo (masculino o femenino)
- Fecha de nacimiento, y
- Número de Seguro Social de todas las personas por las que usted solicitó. Los inmigrantes que no pueden obtener un SSSN legalmente no tienen requerido suministrar uno.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre la inscripción con un plan de salud de AHCCCS, si necesita un intérprete, o si usted tiene un impedimento visual o auditivo y necesita acomodos especiales para escoger un plan de salud o para entender la información, desde los códigos de áreas 480, 602 ó 623 llame al (602) 417-7100 ó TDD (602) 417-4191 ó desde los códigos de áreas 520 ó 928 llame al número gratis 1-800-334-5283 ó TDD 1-800-826-5140.



AHCCCS is  
Arizona's  
Medical  
Assistance  
Program  
(Medicaid)

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE AHCCCS



¿Solicita Ud. Prestaciones Médicas de AHCCCS?  SÍ  NO  
 ¿Solicita Ud. ayuda para pagar los costos de Medicare?  SÍ  NO

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

|  |   |  |                                 |
|--|---|--|---------------------------------|
| Nombre   | MI  | Apellido   | Número del Seguro Social        |
| Fecha de nacimiento  | Edad  | Ud. es: <input type="checkbox"/> Hombre o <input type="checkbox"/> Mujer | Num. de reclamación de Medicare |
| Lugar de Nacimiento <input type="checkbox"/> EE.UU. <input type="checkbox"/> Otro País _____   |   |  |                                 |
| ¿Es usted un ciudadano de EE.UU.?<br><input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU.<br><input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU.  | ¿Cuál es su situación de inmigración?<br><input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Inmigrante Especial de Afganistán/Irak <input type="checkbox"/> Refugiado<br><input type="checkbox"/> Extranjero Maltratado <input type="checkbox"/> Nativo Americano Nacido en Canadá <input type="checkbox"/> Participante Condicional<br><input type="checkbox"/> Participante Cubano-Haitiano <input type="checkbox"/> Deportación Suspendida<br><input type="checkbox"/> De las Sierras Hmong o Laos <input type="checkbox"/> Detenido Indefinido <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente (LPR)<br><input type="checkbox"/> En Libertad Condicional por lo Menos por Un Año <input type="checkbox"/> Víctima de Tráfico <input type="checkbox"/> Otro |  |                                 |
| Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración?<br>A _____   |   |  |                                 |
| Domicilio  | Ciudad  | Estado   | Código postal                   |
| Dirección postal (si es diferente)   | Ciudad  | Estado   | Código postal                   |
| Número de teléfono del hogar   | Número de teléfono del trabajo  | Número para dejar recados  | Correo electrónico              |
| Grupo étnico (no afecta la elegibilidad) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a)  |   |  |                                 |
| Raza (seleccione uno o varios) (Opcional) <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena Americano Tribu: _____<br><input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska  |   |  |                                 |
| Marque su estado civil actual:<br><input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Matrimonio por consenso <input type="checkbox"/> Viudo   | Fecha de vigencia del estado civil actual:  |  |                                 |
| Si es casado, ¿Ud. y su cónyuge viven juntos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  |   | De ser NO, fecha de separación:  |                                 |
| <b>SI OTRA PERSONA LO REPRESENTA Y LLENA ESTA SOLICITUD POR USTED, CONTESTE LO SIGUIENTE.</b>  |   |  |                                 |
| Nombre y apellido del representante  | Parentesco del representante  | Número de teléfono del representante                                     | Correo electrónico              |
| Dirección postal del representante   | Ciudad, Estado  | Código postal  |                                 |
| <b>Al firmar abajo, yo:</b>  |   |  |                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizo a mi apoderado/a a completar y firmar mi solicitud;</li> <li>• autorizo a mi apoderado/a a suministrar cualquier documento que se solicite, incluyendo información personal;</li> <li>• 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;</li> <li>• Doy permiso a AHCCCS o a DES para informar a mi representante sobre mi derecho.; y</li> <li>• De acuerdo en dar información personal a mi representante.</li> </ul> |   |  |                                 |
| 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:                          |

## INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE, si viven juntos

|   |  |  |
|---|--|--|
| Nombre y apellido del cónyuge   | Fecha de nacimiento del cónyuge  | Número De la Seguridad Social Del Esposo (opcional si no está solicitando) |
| ¿Solicita su cónyuge prestaciones Médicas de AHCCCS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  |  | Si se aplica, Número de la demanda de Seguro de enfermedad del esposo      |
| ¿Solicita su cónyuge ayuda para pagar los costos de Medicare? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |  |  |
| Si está solicitando, indique el grupo étnico del cónyuge <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana |  |  |
| Opcional (no afecta la elegibilidad) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____                                  |  |  |
| Si está solicitando, ¿es su cónyuge un Ciudadano de los Estados Unidos?   | ¿Cuál es la situación de inmigración de su cónyuge?  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Inmigrante Especial de Afganistán/Irak <input type="checkbox"/> Refugiado<br><input type="checkbox"/> Extranjero Maltratado <input type="checkbox"/> Nativo Americano Nacido en Canadá <input type="checkbox"/> Participante Condicional<br><input type="checkbox"/> Sí, un ciudadano de los EE.UU <input type="checkbox"/> Participante Cubano-Haitiano <input type="checkbox"/> Deportación Suspendida<br><input type="checkbox"/> No, no es un ciudadano de los EE.UU <input type="checkbox"/> De las Sierras Hmong o Laos <input type="checkbox"/> Detenido Indefinido <input type="checkbox"/> Residente Legal Permanente (LPR)<br><input type="checkbox"/> En Libertad Condicional por lo Menos por Un Año <input type="checkbox"/> Víctima de Tráfico <input type="checkbox"/> Otro |  |
| Si no, ¿cuál es el número en la tarjeta de inmigración de su _____  |  |  |

## INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS DEPENDIENTES

¿Vive con Ud. algún hijo soltero menor de los 18 años de edad o alguno menor de los 22 años que es estudiante?

SÍ  NO De ser SÍ, anótelos) abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.

| Nombre completo del niño (Apellido, primer nombre) | Fecha de nacimiento del niño | Núm. del Seguro Social del niño (opcional) | Tipo de escuela, si es estudiante |
|--|------------------------------|--|-----------------------------------|
| A.   |                              |  |                                   |
| B.   |                              |  |                                   |

## INFORMACIÓN NO FINANCIERA

| INFORMACIÓN NO FINANCIERA   | Solicitante   | Cónyuge (si solicita)                                   |
|---|---|---|
| 1. ¿Vive usted en Arizona?  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Recibe usted Medicare Parte A?  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Recibe usted Medicare Parte B?  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Usted ha sido declarado ciego o discapacitado por la Administración del Seguro Social?  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Si Ud. contestó NO al número 4 y tiene menos de 65 años de edad, ¿tiene alguna discapacidad que no le ha permitido o no le permitirá trabajar durante por lo menos 12 meses? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Es Ud. menor de 65 años de edad que ha perdido las prestaciones por discapacidad del Título II del Seguro Social debido a la suma de sus ganancias?                         | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

## INFORMACIÓN FINANCIERA - INGRESOS

¿Recibe o espera recibir usted, su cónyuge o los hijos dependientes alguno de los siguientes tipos de ingresos? Marque cada punto SÍ o NO.

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ingresos del empleo                    | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Prestación de veterano                                      | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ingresos por alquiler                             |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ingresos del trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ingresos por anualidades                                    | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pagos de hipoteca, contratos                      |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Prestaciones del Seguro Social         | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ganancias de juego (lotería, juegos)                        | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Manutención infantil, pensión alimenticia         |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Intereses devengados                   | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Regalos, préstamos, contribuciones                          | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO BIA, asistencia tribal                            |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Regalías, dividendos                   | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Seguro por discapacidad                                     | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pagos de fideicomiso                              |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Asistencia de dinero en efectivo       | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Seguro por desempleo  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Propinas o comisiones                             |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pensiones                              | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Becas estudiantiles, préstamos, pagos para pensión completa | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Crédito impositivo por ingreso del trabajo (EITC) |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Jubilación ferrocarrilera              | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pagos para pensión completa                                 | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otro: _____                                       |

**Por cada punto marcado SÍ, anote toda la información pedida abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida. INCLUYA VERIFICACIÓN ACTUAL DE TODOS LOS INGRESOS ANOTADOS (POR EJEMPLO, TALONES DE CHEQUE, CARTAS DE OTORGAMIENTO, DECLARACIONES MÁS RECIENTES DE IMPUESTOS SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA). SE ACEPTAN COPIAS.**

| Nombre de la persona que recibe ingresos | Tipo de ingresos | Fecha en que los recibió o los espera recibir | Monto bruto | ¿Se reciben con qué frecuencia? |
|--|------------------|---|-------------|---------------------------------|
|  |                  |   |             |                                 |
|  |                  |   |             |                                 |

¿Hubo algún cambio en los ingresos durante los últimos tres meses, o espera algún cambio?  SÍ  No De ser SÍ, llene abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.

|                                       |                            |                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Fecha del cambio efectuado o esperado | Tipo de ingresos afectados | ¿Por cuánto es el cambio? |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------|

## PRESTACIONES POTENCIALES

¿Es veterano usted o su cónyuge?  SÍ  NO

¿Es Ud. viudo/a de veterano?  SÍ  NO

¿Ha trabajado Ud., su cónyuge o su cónyuge difunto en algún momento por alguna agencia gubernamental o por algún empleador con plan de discapacidad o de pensión?  SÍ  NO

Si usted contestó SÍ a alguna de estas preguntas, anote la siguiente información sobre el veterano o empleado:

|  |                                  |                         |                 |
|--|----------------------------------|-------------------------|-----------------|
| Nombre   | Número de Identificación Militar | Fecha de nacimiento     | Fecha de muerte |
| Fechas de empleo o del servicio militar o de los dos |                                  | Dirección del empleador |                 |
| Empleador, cuerpo militar                            |                                  |                         |                 |

## COBERTURA MÉDICA

¿Tiene seguro médico Ud. o su cónyuge aparte de Medicare?  SÍ  NO

De ser SÍ, llene la información abajo y ENVÍE UNA COPIA DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO.

|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| Nombre de la compañía de seguros | ¿A quién cubre el seguro? |
|                                  |                           |
|                                  |                           |

¿Tiene Ud. o su cónyuge alguna lesión o enfermedad que resultó de un accidente (de peatón, automovilístico, con otro vehículo, en el trabajo, etc.)?

SÍ  NO De ser SÍ, llene los puntos abajo:

| Nombre | Tipo de Lesión | Fecha de la Lesión | Nombre y dirección del Seguro o de la compañía responsable de los costos médicos debidos a la lesión |
|--------|----------------|--------------------|--|
|        |                |                    |  |

Si tiene derecho a Seguro de Salud de AHCCCS o a QMB, al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo en asignarle a AHCCCS todos los derechos de pagos a terceras partes de gastos médicos, incluyendo cobertura de seguro, en la medida en que los costos son pagados por AHCCCS.

## SU OPORTUNIDAD DE INSCRIBIRSE PARA VOTAR

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](http://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 considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o si solicita inscribirse para votar, o su derecho a escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentarle una queja al Director de Elecciones del Estado al (602) 542-8683 ó (877) THE-VOTE.

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

## ELECCIÓN DEL PLAN MÉDICO

Si usted solicita Prestaciones médicas de AHCCCS, escoja un plan médico de AHCCCS que sirve su condado. Vea la página 5 para una lista de planes médicos.

Nombre del plan médico que usted elige (de la página 5):

## ADVERTENCIA DE PENALIDAD

La información provista en este formulario podrá ser verificada por los oficiales federales, estatales y locales. Si algo es erróneo, se le pueden negar a usted las prestaciones.

- No se permite retener información o dar información falsa a sabiendas con la intención de recibir o seguir recibiendo Prestaciones de AHCCCS que no le corresponden.
- Usted tendrá la obligación de reembolsar a AHCCCS las prestaciones que reciba como resultado de retener información o dar información falsa y estará sujeto a enjuiciamiento penal.

Constituye fraude que alguien retenga información a sabiendas con la intención de recibir o seguir recibiendo Prestaciones a que no tiene derecho. La persona declarada culpable de fraude puede estar sujeta a multas, enjuiciamiento penal, encarcelamiento u otras penalidades que estipulen las leyes aplicables estatales y federales.

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a AHCCCS que investigue y se comunique con todas las fuentes necesarias para establecer mi elegibilidad y la exactitud de la información financiera relacionada con la elegibilidad para AHCCCS.

## DECLARACIÓN DE VERACIDAD

Yo juro o afirmo bajo pena por perjurio que las declaraciones orales o escritas hechas con relación a las personas de mi hogar, mis ingresos y otros puntos relacionados con mi elegibilidad para las Prestaciones Médicas de AHCCCS o las prestaciones del programa de la División de Costos de Medicare, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender y que las fotocopias provistas son iguales a sus originales. He leído y entendido la advertencia de penalidad. He leído y entendido mis derechos y responsabilidades y proporciono los números del Seguro Social al dorso de esta hoja. Además acepto cooperar con el personal federal o de Arizona para cumplir con una evaluación del control de calidad con relación a mi derecho de recibir Prestaciones. . Certifico que la situación de ciudadanía/inmigración es correcta para cada persona que está solicitando. No tengo que dar información sobre la situación de ciudadanía o inmigración de miembros de la familia que no están solicitando beneficios de cuidados médicos. Entiendo que mis documentos se mantendrán confidenciales y que sólo serán dados a conocer para fines autorizados por la ley federal y estatal.

|                       |       |   |       |
|-----------------------|-------|---|-------|
| Firma del Solicitante | Fecha | Firma del Testigo (si el solicitante firmó con marca) | Fecha |
| Firma del Cónyuge     | Fecha | Firma del Representante                               | Fecha |

# OFICINAS ALTCS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

## SSI MAO

Complete y envíe por correo las páginas 1 – 3 de la solicitud a:

801 E. Jefferson, MD 3800  
Phoenix, AZ 85034

- Calling from area codes (602, 480 or 623) dial (602) 417-5010 and choose option 5.
- Calling from area codes (520, 760 or 928) dial toll free 1-800-528-0142.

## Freedom to Work (FTW)

### Solicitando para Personas Empleadas con Discapacidades

Complete y envíe por correo las páginas 1 – 3 de la solicitud a:

801 E. Jefferson, MD 1600  
Phoenix, AZ 85034

- Calling from area codes (602, 480 or 623) dial (602) 417-6677.
- Calling from area codes (520, 760 or 928)

## CASA GRANDE

500 North Florence Street  
Casa Grande, Arizona 85222  
(520) 421-1500

1-855-277-0260 (area codes 602, 480, or 623)

## CHINLE

Tseyi Shopping Center, Hwy 191  
PO Box 1942

Chinle, Arizona, Navajo Nation, 86503  
(928) 674-5439 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-800-3804 (area codes 602, 480, or 623)

## COTTONWOOD

1 North Main Street  
Cottonwood, Arizona 86326

(928) 634-8101 (area codes 520, 760, or 928)  
1-855-873-0393 (area codes 602, 480, or 623)

## FLAGSTAFF

2717 North Fourth Street, Suite 130  
Flagstaff, Arizona 86004

(928) 527-4104 (area codes 520, 760, or 928)  
1-800-540-5042 (area codes 602, 480, or 623)

## GLOBE/MIAMI

Cobre Valle Plaza  
2250 Highway 60, Suite H  
Miami, Arizona 85539-9700

(928) 425-3165 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-425-3165 (area codes 602, 480, or 623)

## KINGMAN

519 East Beale Street, Suite 130  
Kingman, Arizona 86401

(928) 753-2828 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-300-8348 (area codes 602, 480, or 623)

## LAKE HAVASU CITY

2160 North McCulloch Blvd., Suite 105  
Lake Havasu City, Arizona 86403  
(928) 453-5100 (area codes 520, 760, or 928)  
1-800-654-2076 (area codes 602, 480, or 623)

## PHOENIX

801 East Jefferson Street  
Phoenix, Arizona 85034  
(602) 417-6600 (area codes 602, 480, or 623)  
1-800-528-0142 (area codes 520, 760, or 928)

## PRESCOTT

1519 West Gurley Street, #11  
Prescott, Arizona 86301  
(928) 778-3968 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-778-5600 (area codes 602, 480, or 623)

## SHOW LOW

580 East Old Linden Road, Suite 1  
Show Low, Arizona 85901  
(928) 537-1515 (area codes 520, 760, or 928)  
1-877-537-1515 (area codes 602, 480, or 623)

## SIERRA VISTA

Street Address: 820 East Fry Blvd,  
Sierra Vista, Arizona  
Mailing: 1010 North Finance Center Drive, Suite 201  
Tucson, Arizona 85710  
(520) 459-7050 (area codes 520, 760, or 928)  
1-888-782-5827 (area codes 602, 480, or 623)

## TUCSON

1010 North Finance Center Drive, Suite 201  
Tucson, Arizona 85710  
(520) 205-8600 (area codes 520, 760, or 928)  
1-800-824-2656 (area codes 602, 480, or 623)

## YUMA

3850 West 16<sup>th</sup> Street, Suite A  
Yuma, Arizona 85364  
(928) 782-0776 (area codes 520, 760, or 928)  
1-855-419-6527 (area codes 602, 480, or 623)