ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

Solicitud de Asistencia Médica AHCCCS y Programa de Ahorro de Medicare Savings Programs

Usted puede solicitar en línea usando Health-e-Arizona Plus en www.healthearizonaplus.gov.

Quedese Con Páginas A, B, C, D, E, F, y G Para Sus Archivos

Si usted tiene más de 65 años, está ciego o discapacitado o si tiene derecho a Medicare, pude aplicar en línea al www.healthearizonaplus.gov, o puede usar esta solicitud para solicitar los programas de Assistencia Médica AHCCCS y Programas de Ahorro de Medicare.

¿Cómo puedo calificar para recibir Asistencia Médica AHCCCS?

- Sus ingresos mensuales no pueden exceder $1,383 para una persona o $1,869 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.

¿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 tres 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:	•Usted debe ser residente del estado de Arizona. •Usted debe ser ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid. •Usted debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición.					
Límites de ingresos mensuales (después de las deducciones permitidas):	Persona	Pareja	Persona	Pareja	Persona	Pareja
	$0 - $1,305	$0 - $1,763	$1,305.01 - $1,565	$1,763.01 - $2,115	$1,565.01 - $1,761	$2,115.01 - $2,380
Requisitos específicos:	Recibe o tiene derecho a Medicare Parte A		Recibe Medicare Parte A		Recibe Medicare Parte A	
¿Qué es la prestación?:	• Paga su prima de Medicare Parte B • Paga su prima de Medicare Parte A (si no es gratuita) • Paga su coseguro de Medicare • Paga sus deducibles de Medicare.*		• Paga su prima de Medicare Parte B		• Paga su prima de Medicare Parte B	

*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.

¿Qué servicios cubre la Ayuda Médica de *AHCCCS*?

- Medicamentos recetados*
- Consultas con doctores
- Servicios de hospitales
- Diálisis
- 90 días de servicios de atenciones de enfermería
- Recursos médicos
- Quimioterapia
- Atenciones de salud mental
- Inmunizaciones (vacunas)
- Atenciones médicas de emergencia
- Transporte médico necesario
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de laboratorios y radiología
- Servicios quiroprácticos
- Atenciones de especialistas necesarias médicamente

*La cobertura de recetas de *AHCCCS* se limita a personas que tienen *Medicare*.

¿Qué cuesta la Ayuda Médica de *AHCCCS*?

Primas

La mayor parte de las personas no pagan primas mensuales para la Ayuda Médica de *AHCCCS*. Algunas personas cuyos ingresos mensuales son tan elevados que no reúnen los requisitos para la Ayuda Médica de *AHCCCS* sin primas mensuales pudieran obtenerla al pagar una prima mensual. Si tuviera que pagar una prima, las primas mensuales serían:

- $10 - $70 para *KidsCare*
- $10 - $35 por persona para personas empleadas con discapacidades

Indígenas estadounidenses y alasqueños: De conformidad con las leyes federales, los indígenas estadounidenses inscritos con una tribu reconocida por el gobierno federal, hijos y nietos de tales indígenas inscritos en tribus reconocidas por el gobierno federal, y ciertos indígenas alasqueños no tienen que pagar primas. A fin de conseguir Ayuda Médica de *AHCCCS* sin que le cueste, deberá comprobar su inscripción con una tribu.

Copagos

Un copago es la cantidad que se le paga a un proveedor de atenciones médicas cuando recibe un servicio médico. Su copago dependerá de en qué programa *AHCCCS* se inscriba y los servicios que necesite. Para algunos programas de *AHCCCS*, su proveedor(a) podrá denegarle los servicios si no se efectuara el copago. Los copagos por los servicios serán:

- de $2.30 a $10.00 por medicamentos recetados
- de $0 a $30.00 por usar una sala de emergencias al no haber emergencia
- de $2.30 a $3.00 por terapias físicas, ocupacionales o del habla
- de $3.40 a $5.00 por visitas ambulatorias para servicios de evaluación y control de condiciones, incluso consultas médicas

Acuérdese de dar a conocer cualquier cambio en ingresos porque esto pudiera cambiar su cantidad de copago.

A las personas siguientes jamás se les pedirá que paguen copagos:

- Menores de 19 años de edad
- Personas individuales de hasta 20 años de edad que reúnan los requisitos para recibir servicios del programa de Servicios de Rehabilitación de Menores.
- Personas que reciban servicios en hogares de hospicio.
- Personas que el Departamento de Servicios de Salud de Arizona determine que tienen males mentales graves.
- Indígenas estadounidenses que sean miembros activos o anteriores del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal que operen de conformidad con la Ley Pública 93-638 o programas de salud urbana para indígenas.
- Personas que sean miembros que reciban atenciones por condiciones agudas y que residan en sanatorios o instalaciones residenciales, tales como hogares con ayuda para vivir y sólo cuando la condición médica de tal paciente de atenciones médicas agudas exigiría que de lo contrario se le internara en un hospital. La exención de copagos para miembros con atenciones por condiciones agudas se limita a 90 días por año de contrato.

Además, nunca se cobrarán copagos por los servicios siguientes:
- Internarse en un hospital
- Servicios de emergencia
- Servicios y efectos de planificación familiar
- Pagos por servicios prestados
- Atenciones médicas de embarazo, incluso tratamiento de cese de tabaco para mujeres embarazadas

¿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 AHCCCS Cuidado Completo (ACC) a menos que:
- Usted es 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.

¿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.

¿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 AHCCCS Cuidado Completo (ACC), su doctor debe llamar al ACC 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 AHCCCS Cuidado Completo (ACC).
- 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 AHCCCS Cuidado Completo (ACC).

Su Doctor Principal y Especialistas

Una vez inscrito, obtendrá una lista de médicos de atención primaria en su área del plan de salud. Debes elegir tu médico de cabecera o te asignarán uno. Tiene derecho a cambiar su médico de cabecera en cualquier momento llamando al servicio de atención al cliente o para miembros de su plan de salud. Su médico de cabecera:
- Cuida el cuidado de tu salud.
- Sera responsable de autorizar sus servicios médicos que no sean de emergencia.
- Sera la primera persona a quien acuda para recibir atención médica que no sea de emergencia.
- Enviarle a un especialista cuando sea necesario.

Información adicional para veteranos y cónyuges de veteranos puede ser proporcionada por:

- https://www.beconnectedaz.org/
- Departamento de Servicios para Veteranos de Arizona (ADVS) https://dvs.az.gov/

¿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 solicitabeneficios de Asistencia Médica y / o Programa de Ahorros de Medicare. **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 Assistencia Médica 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 7.
- Si usted necesita más espacio, adjunte hojas adicionales para proporcionar todos los detalles pedidos.
- Lea la página E 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 páginas A, B, C, D, E, F, y G para su referencia. Envíe paginas, fax, o llevar las paginas 1 al 7 a la oficina de MA-SP:

AHCCCS Medical Assistance
Specialty Programs (MA-SP)
150 N. 18th Ave
Phoenix AZ 85007
FAX: (602) 258-4619

- Si usted solicita las Asistencia Médica AHCCCS, lea la página G y escoja algún plan de AHCCCS Cuidado Completo (ACC).
- 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 the General Counsel, 150 N. 18th Ave., MD 6200, PO Box 25520, Phoenix, Arizona 85007 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. 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 innmigrantes 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 a la asistencia médica 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 o madre 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.

Como seleccionar AHCCCS Cuidado Completo (ACC)

Usted necesita seleccionar un plan AHCCCS Cuidado Completo (ACC) que ofrezca servicios en su condado.

- Todos los planes de salud de ACC le proporcionan la misma cobertura médica.
- Antes de seleccionar un plan ACC, consulte con su doctor, farmacia, o hospital para verificar que trabajan con el plan ACC que usted quiere. Si desea más información sobre los doctores, especialistas, o hospitales que trabajan con los ACC planes ofrecidos en su condado, llame al teléfono de el plan ACC al número indicado a continuación o visite el sitio web de el plan.
- Indígenas estadounidenses pueden seleccionar entre el Programa de Salud Indígena Estadounidense o un plan de ACC.
- Si usted no selecciona un plan, uno se le será asignado.
- Si usted ha estado inscrito/a en un plan de (ACC) en los últimos 90 días, usted será inscrito/a en plan de salud anterior.
- Si necesitara ayuda para escoger un plan ACC, pudiera visitar a www.azahcccs.gov/choice o hable con un Especialista en Beneficios y Elegibilidad llamando a (602) 417-7100 de los códigos de área (480), (602) y (623) o 1-(800) 334-5283 de los códigos de área (520) y (928).

Area de servicios geográficos (GSA)	Plan de Salud
Norte • Apache • Navajo • Coconino • Yavapai • Mohave	• American Indian Health Program • Arizona Complete Health - Complete Care Plan • Health Choice Arizona
Central • Maricopa • Gila • Pinal, excluyendo códigos postales 85542, 85192, y 85550	• American Indian Health Program • Arizona Complete Health - Complete Care Plan • Banner-University Family Care • Molina Complete Care • Mercy Care • Health Choice Arizona • UnitedHealthcare Community Plan
Sur • Cochise • Santa Cruz • Graham • Yuma • Greenlee • Códigos postales 85542, 85192, y 85550 • La Paz • Pima	• American Indian Health Program • Arizona Complete Health - Complete Care Plan • Banner-University Family Care • UnitedHealthcare Community Plan (solamente condado de Pima)

Plan de Salud	Teléfono	Sitio web
American Indian Health Program	Maricopa: (602) 417-7100 Otros condados: 1-800-334-5283	www.azahcccs.gov/AmericanIndians/AIHP/
Arizona Complete Health - Complete Care Plan	1-888-788-4408	www.azcompletehealth.com/completecare
Banner-University Family Care	1-800-582-8686	www.bannerufc.com/acc
Molina Complete Care	1-800-424-5891	www.mccofaz.com
Mercy Care	1-800-624-3879	www.mercycareaz.org
Health Choice Arizona	1-800-322-8670	www.healthchoiceaz.com
UnitedHealthcare Community Plan	1-800-348-4058	www.uhccommunityplan.com

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

Formulario De Solicitud De AHCCCS

Instrucciones: Para iniciar el proceso de solicitud, puede llamarnos al 800-528-0142 (número gratuito). También puede completar este formulario y devolverlo utilizando uno de los métodos de la página D. La información faltante o incompleta puede causar un retraso en el procesamiento de su solicitud.

¿Solicita Ud. Prestaciones Médicas de AHCCCS? ☐Sí ☐No
¿Solicita Ud. ayuda para pagar los costos de Medicare? ☐Sí ☐No

Información Del Solicitante

Nombre legal del cliente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo):		Número del Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	☐Hombre ☐Mujer	Número de reclamación de Medicare:

¿Es usted un ciudadano de EE.UU.?	¿Cuál es su situación de inmigración?	
☐Sí, un ciudadano de los EE.UU ☐No, no es un ciudadano de los EE.UU Si no, ¿cuál es el número en su tarjeta de inmigración? A_____	☐Residente Legal Permanente (LPR) ☐Asilado ☐Refugiado ☐Nativo Americano Nacido en Canadá ☐Participante Cubano-Haitiano ☐De las Sierras Hmong o Laos ☐Víctima de Tráfico ☐Inmigrante Especial de Afganistán/Irak ☐Extranjero Maltratado	☐Participante Condicional ☐Deportación Suspendida ☐Detenido Indefinido ☐En Libertad Condicional por lo Menos por Un Año ☐Ciudadano de la Republica de Islas Marshall ☐Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia ☐Ciudadano de la Republica de Palau ☐Otro:_____

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:

¿Qué idioma hablas? ☐Español ☐Inglés ☐Otro: _____
¿Qué idioma lees? ☐Español ☐Inglés ☐Otro: _____

Grupo étnico – Opcional (no afecta la elegilibilidad) ☐Hispano(a)/Latino(a) ☐No Hispano(a)/Latino(a)
☐Eligió no responder

Raza (seleccione uno o varios) (Opcional) ☐Blanco/a ☐Asiático/a ☐Indígena Americano
☐Negro/Afro Americano(a) ☐Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico ☐Indígena de Alaska
☐Eligió no responder

Marque su estado civil actual:	Fecha de vigencia del estado civil actual:
☐Matrimonio por consenso ☐Divorciado ☐Casado ☐Nunca casado ☐Viudo	_____

Si es casado, ¿Ud. y su cónyuge viven juntos? ☐Sí ☐No	De ser No, fecha de separación:

¿Alguna de las personas por las que usted está solicitando recibió servicios médicos en los últimos tres meses y necesita ayuda con estos gastos? ☐Sí ☐No

Si es así ¿quién? _____

Cuáles meses? _____ _____ _____

¿El cliente necesita ayuda con los gastos médicos embarazadas o tuvo un final de embarazo en los últimos 5 meses? ☐Sí ☐No

Alojamientos para cartas impresas

¿El cliente, representante autorizado o guardián legal tiene una discapacidad visual que requiere un formato alternativo para cartas imprimidas?

☐No ☐Sí Si es que sí, quien necesita la acomodación: _____

Si es que sí, cual tipo de formato alternativo necesita? Por favor, elija una opción:

☐Cartas en la cuenta de HEAplus (nota: esta persona necesita tener una cuenta de HEAplus)

☐PDF legible mandado por correo electrónico seguro

☐Cartas con letras grandes mandadas por el correo US serán proveídas en Font Arial 24.

☐Otro:_____

Representante Autorizado

Si otra persona lo representa y llena esta solicutud por usted, conteste lo siguiente.

Nombre del Representante: _____

¿El representante actúa en nombre de una organización? ☐Sí ☐No

Nombre de la organización: _____

¿El representante es su tutor legal? ☐Sí ☐No

Fecha de nacimiento del representante (opcional): _____

Dirección Postal del Representante: _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número de Teléfono del Representante:_____

¿Cuál es el idioma que prefiere HABLAR el representante?

☐Inglés☐Español ☐Otro: _____

¿Cuál es el idioma en el prefiere ESCRIBIR el representante?

☐Inglés☐Español ☐Otro: _____

A mi representante le gustaría recibir información sobre esta aplicación por:

(Alertas de correo electrónico y de texto no están disponibles para las aplicaciones de ALTCS)

Correo electrónico: ☐Sí ☐No

Dirección de correo electrónico _____

Texto: ☐Sí ☐No

Número para texto (se aplican las tarifas estándares para textos):_____

Si no marca ‘Sí’ para Correo electrónico o Texto, toda la información de esta aplicación se enviará por el correo de los Estados Unidos a la dirección postal proporcionada la dirección postal proporcionada.

Al firmar a continuación, yo, el cliente, doy permiso a la persona mencionada arriba para que actúe en mi nombre en el proceso de determinación de mis derechos a Asistencia Médica de AHCCCS, ayudarme con costos de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis. Por lo tanto:
• Doy permiso para que mi representante complete y firme mi aplicación.
• Doy permiso para que mi representante proporcione cualquier documento solicitado, incluyendo información personal.
• Doy permiso para que mi representante firme en mi nombre para permitir que otras personas, negocios, o agencias suministren información personal sobre mí a DES y/o AHCCCS, incluyendo información protegida de salud que se necesite para determinar si estoy discapacitado.
• Estoy de acuerdo en dar le información sobre mis circunstancias personales a mi representante.
• Estoy de acuerdo en permitir que mi representante le asigne todos mis derechos a reclamaciones de reembolsos médicos a AHCCCS en mi nombre.
	Al firmar a continuación, yo, el representante, acepto actuar en nombre del cliente. También acepto:
	• Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.
	• Proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio.
	• Llenar y firmar los formularios necesarios.
	• Obtener y darle a DES y/o AHCCCS toda la información necesaria para determinar si el cliente tiene derecho a costos de cuidados de salud, ayuda con costos de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como el número de Seguro Social del cliente, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el cónyuge del cliente, niños menores de edad y padre o madre (si el cliente es un niño menor de edad).
	• Informar le a DES y/o AHCCCS de inmediato si el cliente:
	  ○ Tiene un aumento o disminución de ingresos;
	  ○ Tiene un aumento o disminución de bienes;
	  ○ Cambia la propiedad de los bienes, incluyendo apertura o cierre de cuentas financieras;
	  ○ Cambia de dirección; o
	  ○ Tiene un cambio en el seguro de salud o la cantidad de primas pagadas.

Si se determina que tengo derecho, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le informemos a ustedes que se suspende la autorización. Esta autorización caducará cuando mi aplicación de asistencia se retira o se niega, o cuando mis derechos se terminan. Sin embargo, esta autorización continuará mientras estoy reclamando mis derechos en una audiencia administrativa o procedimiento judicial.

NOMBRE DE CLIENTE EN LETRA DE MOLDE	NOMBRE DE REPRESENTANTE
FIRMA DE CLIENTE: FECHA:	FIRMA DE REPRESENTANTE: FECHA:
NOMBRE DEL TESTIGO (Solo si cliente firmo con una marca):	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN REPRESENTANTE (Cuando corresponda):

Información Del Cónyuge, si viven juntos

Nombre y apellido legal del cónyuge (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo):	Fecha de nacimiento del cónyuge:	Número De la Seguridad Social Del Esposo (opcional si no está solicitando):

¿Solicita su cónyuge AHCCCS Assistencia Médica?
☐Sí ☐No
¿Solicita su cónyuge ayuda para pagar los costos de Medicare?
☐Sí ☐No

Si se aplica, Número de la demanda de Seguro de enfermedad del esposo:
_____

Si está solicitando, Grupo étnico: ☐Hispano(a)/Latino(a) ☐No Hispano(a)/Latino(a)
Opcional (no afecta la elegibilidad)
☐Eligió no responder

Si está solicitando, Raza (seleccione uno o varios) (Opcional)
☐Blanco/a ☐Asiático/a ☐Indígena Americano
☐Hawaiano(a) o de otra Isla del Pacífico ☐Indígena de Alaska
☐Negro/Afro Americano(a) ☐Eligió no responder

Si está solicitando, ¿es su cónyuge un Ciudadano de los Estados Unidos?
☐Sí, un ciudadano de los EE.UU
☐No, no es un ciudadano de los EE.UU

Si no, ¿cuál es el número en la tarjeta de inmigración de su cónyuge?
A_____

¿Cuál es su situación de inmigración?
☐Residente Legal Permanente (LPR)
☐Asilado
☐Refugiado
☐Nativo Americano Nacido en Canadá
☐Participante Cubano-Haitiano
☐De las Sierras Hmong o Laos
☐Víctima de Tráfico
☐Inmigrante Especial de Afganistán/Irak
☐Extranjero Maltratado
☐Participante Condicional
☐Deportación Suspendida
☐Detenido Indefinido
☐En Libertad Condicional por lo Menos por Un Año
☐Ciudadano de la Republica de Islas Marshall
☐Ciudadano de los Estados Federados de Micronesia
☐Ciudadano de la Republica de Palau
☐Otro:_____

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, anótelo(s) abajo.
Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.

Nombre legal completo del niño (Apellido, primer nombre)	Fecha de nacimiento del niño	Número del Seguro Social del niño (opcional)	Tipo de escuela, si es estudiante

Información No Financiera	Solicitante	Cónyuge (si solicita)
1. ¿Vive usted en Arizona?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
2. ¿Recibe usted Medicare Parte A?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
3. ¿Recibe usted Medicare Parte B?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
4. ¿Usted ha sido declarado ciego o discapacitado por la Administración del Seguro Social?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐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?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐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?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐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.

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

Por cada punto marcado "SÍ" bajo la información financiera en la página 4, 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? De ser Sí, llene abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.	☐Sí ☐No

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

Cobertura Médica	
¿Tiene seguro médico Ud. o su cónyuge aparte de Medicare? De ser “SÍ”, llene la información abajo y envíe una copia de la tarjeta de identificación del seguro.	☐Sí ☐No

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.)? De ser Sí, llene los puntos abajo:	☐Sí ☐No

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 Assistenca Médica 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.

Elección Del Plan Médico

Si usted solicita Asistencia Médico de AHCCCS, escoja un plan de AHCCCS Cuidado Completo (ACC) que sirve su condado. Vea la página G para una lista de planes médicos.

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

Su Oportunidad De Inscribirse Para Votar

Si no está usted empadronado para votar en donde vive actualmente ¿quisiera empadronarse aquí hoy mismo?

El empadronarse o no empadronarse no afectará la ayuda que le proporcionará esta agencia.

☐Sí ☐No

SI NO MARCA UNA CASILLA, SE TOMARÁ POR ENTENDIDO QUE HA DECIDIDO NO EMPADRONARSE EN ESTE MOMENTO.

Si quiere ayuda para rellenar la solicitud para empadronarse, le ayudaremos. La decisión de empadronarse es de usted. Puede rellenar la solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a empadronarse o a no empadronarse, su derecho a privacidad para escoger su propio partido político o alguna preferencia política, puede radicar un queja con el Director Estatal de Elecciones, (State Election Director), Oficina del Secretario del Estado (Secretary of State's Office), 1700 West Washington, Phoenix, AZ 85007, 602-542-8683.

Además puede obtener la forma para empadronarse en https://azsos.gov/elections

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.

1. 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.
2. 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 afirmo bajo pena de perjurio que he leído y entiendo toda la información en este resumen de la solicitud, y las declaraciones son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Yo afirmo que el estado de ciudadanía/inmigración es correcto para cada persona que solicita. No tengo que dar la ciudadanía o el estado migratorio de las personas que no están solicitando beneficios de atención médica. Yo afirmo que las fotocopias que he proporcionado son iguales al original.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO (si el solicitante firmó con marca)	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE	FECHA

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not exclude, discriminate, or treat individuals differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, and sex characteristics). AHCCCS provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats). AHCCCS provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Health-e-Arizona Plus Customer Support Center at 1-855-432-7587 (TTY: 711).

If you believe that AHCCCS failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the agency's Section 1557 Coordinator in the AHCCCS Office of the General Counsel. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination. Submit your grievance to: Office of the General Counsel, MD 6200, 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. Phone: 602-417-4455, Fax: 602-253-9115 Email: EqualAccess@azahcccs.gov. You can find this information on our website: https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/RightsAndResponsibilities/nondiscrimination.html. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: (202) 368-1019 or toll free 800-368-1019, 800-537-7697 (TTY). Complaint forms are available at https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye, discrimina o trata a los individuos de manera diferente en base a la raza, color, origen nacional (incluyendo dominio limitado del inglés y idioma primario), edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual, identidad de género y características sexuales). AHCCCS proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes intérpretes de lenguaje de señas capacitados y información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). AHCCCS proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes intérpretes capacitados y información escrita en otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Health-e-Arizona Plus Customer Support Center at 1-855-432-7587 (TTY: 711). Si considera que AHCCCS no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Coordinador de la Sección agencia 1557 de la AHCCCS Office of the General Counsel. Puede presentar el reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Su queja deberá presentarse por escrito en plazo de 180 días a partir de la fecha en la que la persona que se queja se percate de lo que le parezca ser discrimen. Remita su queja a: Office of the General Counsel, MD 6200, 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. Número de teléfono: 602-417-4455, o envíela por fax a: 602-253-9115. Envíela por correo electrónico (Email) a: EqualAccess@azahcccs.gov. Usted puede encontrar esta informacion en nuestro sitio web: https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/RightsAndResponsibilities/nondiscrimination.html. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/ lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

English	If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-432-7587 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-432-7587 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó n-ín-ízin: Díí saad bee yán-ílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká`ánída`áwo`dęę`, táá jiik'eh, éí ná hólǫ, kojį' hódíílnih 1-855-432-7587 (TTY: 711)
Apache	Ndéé k'ehgo yánłt'i'yúgo Ndéé biyát'į'hií bee kich'į' ódiihií beegozáá áłdó' do hát'íí ileegoda. Náh inlk'id ánt'iiyúgo béésh bich'i' nłltsogyúgo díí bik'ehgo bil ónlchííd 1-855-432-7587 (TTY: 711)
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-432-7587（TTY：711）
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-432-7587 (TTY:711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-432-7587 (رقم هاتف الصم والبكم:711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-432-7587 (TTY:711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855- 432-7587 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-432-7587 (ATS : 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-432-7587 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-432-7587 (телетайп: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855- 432- 7587（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください
Serbo-Croatian/ Croatian	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-432-7587 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
Syriac/ Assyrian	ܬܘܡܬܐ: ܐܢ ܐܡܪܝܬ ܒܠܫܢܐ ܣܘܪܝܝܐ، ܐܝܬܝܠܟ ܫܘܬܦܐ ܕܠܫܢܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܠܝܬܟ ܒܚܢܡ. ܨܠܘ ܠܡܠܦܘܢܐ 1-855-432-7587 (TTY: 711)).
Persian/ Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY:711) 1-855-432-7587 تماس بگیرید.
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-432-7587 (TTY:711).