

Para comenzar el proceso de solicitud, complete este formulario y devuélvalo utilizando uno de los métodos que se encuentran en la página 4 de esta petición de solicitud. También puede enviar una Solicitud de aplicación llamando a Arizona Long Term Care System (ALTCS) al 888-621-6880 (número gratis).

Información del/de la solicitante

Nombre del/de la solicitante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento del/de la Solicitante:	
Número del Seguro Social del/de la Solicitante:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Nunca ha estado Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a (o separado/a si no se ha divorciado legalmente) <input type="checkbox"/> Viudo/a Fecha en que Murió Su Cónyuge: _____			
Nombre del/de la Cónyuge (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento del/de la Cónyuge:	
Número del Seguro Social del/de la Cónyuge (opcional si no se aplica)			
Nombre del/ de la Representante Autorizado/a del/ de la Cliente)		Relación con el/la Solicitante	
Nombre del/de la Tutor/Conservador/a legal del/de la Cliente.		Relación con el/la Solicitante	
Dirección del Hogar del/de la Solicitante			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección Postal del/de la Solicitante (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número Telefónico		Correo electrónico	

Información sobre el/la Representante Autorizado/ Cónyuge/ y el tutor/Conservador/a Legal

Domicilio autorizado para recibir correo del/de la Representante		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico	Correo electrónico	
Domicilio autorizado para recibir correo del/de la Representante del/de la Tutor/Conservador/a		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico	Correo electrónico	

Vivienda Actual del Cliente

¿A dónde reside el/la solicitante actualmente? <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería <input type="checkbox"/> En Casa <input type="checkbox"/> Otro: _____		Fecha de Salida Anticipada
Nombre del Hospital, Vivienda Asistida or Centro de Enfermería		Número Telefónico
Domicilio del Hospital, Vivienda Asistida or Centro de Enfermería		
Ciudad	Estado	Código Postal

Alojamientos para cartas impresas

<p>¿El cliente, representante autorizado o guardián legal tiene una discapacidad visual que requiere un formato alternativo para cartas impresas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es que si, quien necesita la acomodación: Si es que si, cual tipo de formato alternativo necesita? Por favor, elija una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> PDF legible mandado por correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Cartas con letras grandes mandadas por el correo US serán proveídas en Font Arial 24. <input type="checkbox"/> Otro:</p>
--

Preguntas Adicionales

¿El/la cliente necesita ayuda para pagar gastos médicos de los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuales meses? _____
¿Esta embarazada la person que ne necesita ayuda con los gastos médicos o tuvo un embarazo en los últimos 5 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ya recibe servicios el cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo [DES Division of Developmental Disabilities]?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es asi, la fecha que comenzaron los servicios: _____
Antes de que tuviera 18 años de edad el/la solicitante fue diagnosticado/a con:	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual/Cognitivo <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones
Si el cliente tiene menos de 6 años, ha sido diagnosticado el cliente con detrazo del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es el/cliente fideicomitente, fideicomisario/a, o beneficiario/a de alguna clase de fideicomiso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha vendido, cambiado, trasladado o regalado bienes el cliente durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información sobre la entrevista: Se requiere una entrevista para completar el proceso de la solicitud de ALTCS.No es necesario que el/la cliente asista a la entrevista sobre las finanzas si el/la tutor/conservador/a o representante autorizado complete la entrevista por el/la solicitante.

<p>¿Cuáles días y horas le convienen más para completar la entrevista?</p> <p><input type="checkbox"/> Lunes Hora: <input type="checkbox"/> Martes Hora: <input type="checkbox"/> Miércoles Hora: <input type="checkbox"/> Jueves Hora: <input type="checkbox"/> Viernes Hora:</p> <p>Necesita interprete la persona que completará la entrevista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, en qué idioma? _____</p>

CÓMO USAREMOS SUS DATOS

La información siguiente describe cómo Health-e-Arizona, AHCCCS, el Departamento DES y sus contratistas usarán sus datos personales.

- Usaremos su información, incluso su número de Seguro Social, para concordar con las instituciones financieras, así como las agencias locales, estatales y federales, y nuestros demás programas para verificar la información. Los sistemas de ingreso y verificación, tales como la Administración del Seguro Social, la agencia del Seguro de Desempleo del Estado, y de los Sueldos Estatales, pudieran usarse. La información pudiera afectar sus niveles de elegibilidad y sus beneficios. El solicitar y proporcionar información es voluntario, pero alguna información se exige para efectuar determinaciones. Por ejemplo, deberá proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cada solicitante. (A los inmigrantes que no puedan obtener un número de Seguro Social legalmente no se les exigirá que proporcionen alguno.) Por lo tanto, si no proporcionara información personal, pudiera no reunir los requisitos (no resultar elegible) para obtener los beneficios.

Nombre de la persona que rellena la forma	Número de teléfono
---	--------------------

La persona que relleno esta forma es el/la:

- Cliente
- Cónyuge del/de la cliente
- Padre o madre de cliente (si el o la cliente es menor de edad)

Si hubiera marcado alguna de las casillas de más arriba, la persona que rellene esta forma deberá:

- Marcar la casilla de más abajo; y
- Firmar esta forma al calce.

Si **NO** hubiera marcado alguna de las casillas, la persona que rellene esta forma podrá:

- Rellenar una forma de Representante Autorizado/a disponible en: <https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/apply.html>;
- Adjuntar la forma de Representante Autorizado/a ya rellena junto con este pedido de solicitud;
- Marcar la casilla de más abajo; y
- Firmar esta forma al calce.

Pudiera entregar su pedido de solicitud sin forma de representante autorizado/a rellena, marcar la casilla de más abajo y firmar al calce, pero pudiera causar que el trámite de solicitud se demorara más.

<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con permitirles que revisen las fuentes de información y la usen para esta solicitud.	
Firma	Fecha

AHCCCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Para enviar una solicitud de aplicación por teléfono o para obtener ayuda, comuníquese con:

Arizona Long Term Care System (ALTCS)

llamada (número gratis): 888-621-6880

Una solicitud de solicitud completada también puede ser devuelta por:

- Fax (número gratis): 888-507-3313
- Correo Electrónico: altcsregistration@azahcccs.gov
- Correo: ALTCS
801 East Jefferson Street
MD 3900
Phoenix, AZ 85034

Llevar a una oficina de ALTCS

CASA GRANDE

201 East Cottonwood Lane, Suite 2
Casa Grande, Arizona 85122

CHINLE

Tseyi Shopping Center, Hwy 191
Chinle, Arizona, 86503

COTTONWOOD

1500 East Cherry Street, Suite I
Cottonwood, Arizona 86326

FLAGSTAFF

2717 North Fourth Street, Suite 130
Flagstaff, Arizona 86004

KINGMAN

519 East Beale Street, Suite 130
Kingman, Arizona 86401

PHOENIX

801 East Jefferson Street
Phoenix, Arizona 85034

PRESCOTT

3262 Bob Drive, Suite 11
Prescott Valley, Arizona 86314

TUCSON

1010 North Finance Center Drive, Suite 201
Tucson, Arizona 85710

YUMA

3850 West 16th Street, Suite A
Yuma, Arizona 85364



ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM (AHCCCS)

Atención cliente de ALTCS:

Por favor complete el formulario "Autorización para divulgar información de salud protegida a AHCCCS".

Una de las siguientes personas requiere una firma en el formulario:

- Cliente;
- El padre del cliente si el cliente es menor de 18 años; o
- Tutor legal del cliente o representante legal. Se debe proporcionar una copia de los documentos judiciales.

Devuelva este formulario completo utilizando una de las siguientes opciones de devolución. Para cualquier pregunta, llame al (602) 417-6600 o al número gratuito (888) 621-6880. Por favor tenga en cuenta que devolver este formulario rápidamente nos permitirá ayudarlo a obtener documentación médica para su solicitud.

Opciones de devolución:

Fax (sin cargo): 888-507-3313

Correo electrónico: altcsregistration@azahcccs.gov

Correo: AHCCCS 801 E. Jefferson St. MD 3900 Phoenix, AZ 85034

AUTORIZACION PARA REVELAR A AHCCCS INFORMACION PROTEGIDA ACERCA DE SU SALUD

Enviar la información a: AHCCCS 801 E. Jefferson St. MD 3900 Phoenix, AZ 85034 Fax: 888-507-3313	Nombre del Trabajador de AHCCCS:
	Correo electrónico:
	Número de teléfono:

Nombre del/de la cliente:	Fecha de la solicitud:
AHCCCS Número de ID o PID:	Fecha de nacimiento:
Dirección del/de la cliente:	Número del Seguro Social (SSN): - - (SSN es opcional pero podrá ayudar al proveedor a localizar los partes)

Para uso de clientes/solicitantes de AHCCCS que quieren que un doctor u otra entidad proporcione a AHCCCS la información protegida acerca de su salud.

Doy mi permiso a cualquier proveedor de servicios de salud a revelar a AHCCCS toda la información protegida acerca de mi salud, para determinar mi elegibilidad para alguno de los programas administrados por AHCCCS subvencionados por el gobierno. En caso necesario, otorgo a AHCCCS permiso para compartir esta información con el Departamento de Seguridad Económica de Arizona, la Administración de Determinación de Discapacidad, para determinar el estado que guarda mi discapacidad.

Adicionalmente, marcando estas casillas, yo autorizo específicamente la revelación de los siguientes tipos de expedientes médicos:	
<input type="checkbox"/>	Información relacionada y/o expedientes de VIH/SIDA y enfermedades contagiosas.
<input type="checkbox"/>	Información y/o expedientes de salud mental.
<input type="checkbox"/>	Información y/o expedientes de pruebas genéticas.

Si la información a revelarse proviene de una escuela, llene este cuadro:

<input type="checkbox"/> Específicamente autorizo al poseedor de mi información a revelar a AHCCCS todos mis datos escolares y de evaluación en su poder.

Al firmar esta Autorización, entiendo que:

- Las leyes estatales y federales requieren que AHCCCS mantenga confidencial la información descrita arriba, y que podrá usar o revelar esa información únicamente mediante mi aprobación, para los fines directamente relacionados con la administración del programa AHCCCS, o que de otro modo la ley lo permite o requiere.
- Entiendo asimismo si me niego a firmar esta autorización o si la revoco, es posible que AHCCCS no podrá determinar mi elegibilidad ahora o en el futuro para los programas de asistencia médica subvencionados por el gobierno y administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.
- En cualquier momento, podré **revocar** esta autorización, por escrito, al llenar el formulario de AHCCCS “Revocación de Autorización”, y enviarlo a:
Arizona Health Care Cost Containment System
Office of Legal Assistance
Attention: Privacy Officer
701 E. Jefferson, MD 6200
Phoenix, AZ 85034
Phone 602-417-4232
Fax 1-602-253-9115

Una vez que AHCCCS haya recibido la revocación, se revocará esta autorización, excepto en la medida en que AHCCCS ya haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

Elija uno de los siguientes:

Esta autorización se vence el:		
<input type="checkbox"/>	Anote fecha específica:	
<input type="checkbox"/>	Anote evento específico:	

Se requiere la firma del cliente para obtener registros médicos. Si el cliente es menor de 18 años, se necesita la firma del padre del cliente. Si el cliente tiene un tutor legal o representante legal, se necesita la firma del tutor legal o representante le

Firma:	Fecha:
Nombre impreso de la persona que firma el formulario:	Relación con el cliente:
Nombre Del Testigo (Solo si cliente firmo con una marca):	Firma del Testigo: