



Petición Para Solicitud De Servicios AHCCCS Cuidado De Largo Plazo

Dirección:

Para iniciar el proceso de solicitud, puede llamarnos al 888-621-6880 (línea gratuita). También puede completar este formulario y devolverlo utilizando uno de los métodos que se encuentran en la página 4 de este formulario de solicitud. La información faltante o incompleta puede causar un retraso en el procesamiento de su solicitud.

Información del/de la solicitante

Nombre legal del/de la solicitante (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	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"/> Casado/a (o separado/a si no se ha divorciado legalmente) <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Fecha en que Murió Su Cónyuge:	
Nombre legal del/de la Cónyuge (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	Fecha de Nacimiento del/de la Cónyuge:
Número del Seguro Social del/de la Cónyuge (opcional si no se aplica):	
Dirección del Hogar del/de la Solicitante:	Dirección Postal del/de la Solicitante (si es diferente):
Número Telefónico:	Correo electrónico:

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

Nombre del/ de la Representante Autorizado/a del/ de la Cliente):	Relación con el/la Solicitante:
Fecha de nacimiento del representante (opcional):	Nombre de la Organización Representativa (cuando corresponda):
Nombre del/de la Tutor/Conservador/a legal del/de la Cliente:	Relación con el/la Solicitante:
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 admitida:	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>¿Tiene el cliente, representante autorizado o guardián legal una discapacidad visual que requiere un formato alternativo para cartas imprimidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es que sí, quien necesita la acomodación: Si es que sí, 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 los 18 años de edad, ¿se le diagnosticó al cliente alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque todo lo que corresponda.	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual/Cognitivo <input type="checkbox"/> Síndrome Down <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones
---	---

Si el cliente tiene menos de 6 años, ha sido diagnosticado el cliente con retraso 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.

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

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
- Firme al final de este formulario.

Podiera 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

Una Petición de Solicitud completada también se puede llevar a una oficina local de ALTCS

<p>CHINLE Tseyi Shopping Center Hwy 191 Chinle AZ 86503</p>	<p>PHOENIX 801 E Jefferson St Phoenix AZ 85034</p>
<p>FLAGSTAFF 2717 N Fourth St Ste 130 Flagstaff AZ 86004</p>	<p>TUCSON 7202 E Rosewood St Ste 125 Tucson AZ 85710</p>
<p>KINGMAN 2400 Airway Ave Kingman AZ 86409</p>	<p>YUMA 1800 E Palo Verde St Yuma AZ 85365</p>



Autorización para dar Información Médica Protegida a 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 o madre 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

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:	
Registros 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.
<input type="checkbox"/>	Información y/o registros de prueba de alcohol y drogas.
Expediente educativo	
<input type="checkbox"/>	Registros educativos y de evaluación

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.
- También entiendo que si revoco esta autorización o me niego a firmar, es posible que AHCCCS no pueda determinar mi elegibilidad actual o futura para los programas de asistencia médica financiados con fondos públicos administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.
- Puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento, por escrito, por teléfono o fax a:

Arizona Health Care Cost Containment System
Office of the General Counsel
Attention: Privacy Officer
801 E Jefferson St, MD 6200
PO Box 25520
Phoenix AZ 85034
Phone: 602-417-4455
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.

Al marcar la casilla a continuación, revoco esta autorización en la siguiente fecha o evento.

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 o madre del cliente. Si el cliente tiene un tutor legal o representante legal, se necesita la firma del tutor legal o representante legal.

Firma del Cliente o de su Representante:

Firma:	Fecha:
Nombre del Cliente o de su Representante:	Relación del Representante al Cliente:
Nombre Del Testigo (Solo si cliente firmo con una marca):	Firma del Testigo: