

Aplicación de Beneficios

Arranque y guarde con sus papeles importantes las páginas A a la H.

¿Para qué sirve esta solicitud?

Use esta solicitud para ver si usted y los demás integrantes de su hogar califican para:

- Seguro médico AHCCCS gratis o a bajo precio
- Ayuda con sus costos de *Medicare*
- Ayuda Nutricional
- Ayuda en Efectivo / Ayuda Provisional para Familias con Escasos Recursos (*TANF*)
- Control de Tuberculosis
- Nuevo crédito contributivo que pudiera ayudarle a pagar sus primas de seguro médico

Vea la descripción de cada programa en la página B.

¿Quién podrá usar esta solicitud?

Podrá rellenar la solicitud usted o alguna persona que usted escoja que sepa o pueda conseguir la información que haga falta para rellenar la solicitud para usted y los integrantes de su hogar. Podrá usar esta solicitud para cualquier persona que integre su hogar, aunque esa persona ya cuente con beneficios, incluso seguro médico.

Entre los integrantes de su hogar se incluyen:

- Su cónyuge, si están casados.
- Sus hijos menores de 22 años que habiten con usted.
- Su pareja que habite con usted (pero únicamente si tuvieran juntos un menor que necesitara seguro médico o Ayuda en Efectivo.)
- Personas que pueda reclamar en su declaración de impuestos como dependientes aunque no habiten con usted.
- Parientes menores de 19 años de edad que usted cuide y que habiten con usted.
- Personas con las que usted habite que compren y preparen sus alimentos con usted.

Si quisiera escoger a un(a) representante que rellene su solicitud, rellene la forma de Representante Autorizado/a en la página 1 de la solicitud.

¿En dónde más pudiera solicitar?

Pudiera solicitar más pronto conectándose por www.healtharizonaplus.gov.

También pudiera solicitar en persona en cualquier oficina de la Administración de Ayudas a Familias (*Family Assistance Administration / FAA*) del Departamento de Seguridad Económica (*DES*). Podrá buscar en la lista de oficinas locales de la FAA que se publica en www.azdes.gov/faa o llamar a toda hora a nuestro Sistema de Respuesta Vocal Interactiva (*Interactive Voice Response System*) al 1-855-HEA-PLUS (432-7587).

¿Qué información necesitaré para rellenar esta solicitud?

Pudiera necesitar la información siguiente sobre todos los integrantes de su hogar:

- Fechas de nacimiento
- Números de Seguro Social
- Datos de empleadores e ingresos de todos los integrantes de su hogar
- Recursos económicos (por ejemplo, cuentas bancarias, dinero en efectivo, propiedades)
- Gastos
- Datos de todo seguro médico actual
- Datos de cualquier seguro médico que obtengan en el trabajo los integrantes de su hogar
- Otros datos que hicieran falta para rellenar la solicitud

Nota: Podrá presentar su solicitud con tan solo su nombre, domicilio y la firma de un integrante de su hogar que se haga responsable o de su representante autorizado/a. Con esto mantendrá su fecha de solicitud, pero elegibilidad **no podrá** determinarse hasta que rellene toda la solicitud y se lleve a cabo una entrevista, si es necesaria.

¿Por qué pedimos tanta información?

Indagamos los ingresos y otra información para asegurarnos de que usted y los integrantes de su hogar obtengan los beneficios correctos para su hogar.

De conformidad con lo que exigen las leyes, mantendremos en privado toda la información que nos proporcione.

¿Qué sucederá a continuación?

Envíe su solicitud rellena y firmada al domicilio que aparece en la página 17 o llévela a la oficina más cercana del DES. Si no tiene disponible toda la información, puede enviar su solicitud y le ayudaremos a conseguir el resto de la información.

¿Qué pasa si necesito ayuda?

Por favor, avísenos si necesita ayuda para rellenar esta solicitud. Si necesita intérprete o que se le adapten facilidades por alguna discapacidad, por favor, marque en la página 1 de la solicitud el tipo de ayuda que necesita.

Por Internet: www.healtharizonaplus.gov

Por teléfono: 1-855-HEA-PLUS (432-7587)

En persona: Visite la página www.azdes.gov/faa para enterarse de la oficina que más cerca le quede.

Información del programa

Podrá usar esta solicitud para pedir uno o más programas. Cada programa tiene su símbolo. Busque en la solicitud el símbolo del o de los programa(s) que quiera pedir y responda a esas preguntas. A continuación le mostramos los símbolos que verá en la solicitud:

-  = Costos de Seguro Médico (Ayuda Médica de AHCCCS [AHCCCS Medical Assistance], Programa de Ahorros Médicos, créditos contributivos)
-  = Ayuda Nutricional (*Nutrition Assistance*)
-  = Ayuda en efectivo (*Cash Assistance*)
-  = Control de Tuberculosis

¿Qué es la Ayuda Médica de AHCCCS?

 AHCCCS son las siglas en inglés de *Arizona Health Care Cost Containment System*, que es el plan médico público del programa *Medicaid* en el estado de Arizona. El plan AHCCCS pudiera proporcionar beneficios médicos y ayudar con los gastos de *Medicare* para los habitantes de Arizona que cumplan ciertas normas de ingresos y demás requisitos.

La Ayuda Médica de AHCCCS cubre los servicios médicos siguientes:

- Medicamentos recetados *
- Citas en consultorios médicos**
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios en hospitales
- Diálisis
- Efectos médicos
- Transportación por necesidad médica
- Atenciones necesarias de médicos especialistas
- Atenciones psicológicas
- Inmunizaciones (vacunas)
- Quimioterapia
- Atenciones médicas de emergencia
- Servicios de rehabilitación
- 90 días de servicios de enfermería

* La cobertura de recetas mediante el plan AHCCCS se limita a las personas que tengan el plan *Medicare*.

** No se cubren las consultas de bienestar para las personas de 21 años o más de edad.

¿Qué es el Programa de Ahorros de Medicare?

-  El Programa de Ahorros de *Medicare* pudiera pagar:
- Primas de Parte A de *Medicare*
 - Primas de Parte B de *Medicare*
 - Deducibles y copagos de *Medicare*
 - Ayuda extra automática para gastos de recetas de *Medicare* Parte

¿Qué son los beneficios de Ayuda Nutricional?

 Los beneficios de la Ayuda Nutricional les facilitan a las familias o individuos de bajos ingresos comprar alimentos para una dieta más sana. Si tiene poco o ningún dinero, puede ser que tenga derecho a beneficios de la Ayuda Nutricional de Emergencia. Asegúrese de responder a las preguntas sobre beneficios para la Ayuda Nutricional de Emergencia que aparecen en la página 2 de esta solicitud.

¿Qué es la Ayuda en Efectivo?

 La Ayuda en efectivo proporciona beneficios provisionales de dinero para familias de bajos ingresos. Los padres o familiares encargados de niños dependientes pudieran tener derecho a esta ayuda. Algunos familiares pudieran calificar para un pago global de Ayuda en Efectivo. Determinaremos si califica para esta opción de pago.

¿Qué es el Control de Tuberculosis?

 El Control de Tuberculosis ofrece Ayuda en Efectivo a las personas que el Departamento de Servicios de Salud declare que no puedan trabajar a causa de tener tuberculosis contagiosa.

¿Qué pasa si no soy elegible para la Ayuda Médica de AHCCCS?

 Si no es elegible para la Ayuda Médica de AHCCCS, puede ser elegible para créditos contributivos federales que le ayudaran a pagar las primas de su seguro médico. Si no es elegible para algún programa mediante AHCCCS, mandaremos su información al Mercado Federal de Seguros Médicos para explorar los créditos contributivos para seguro médico.

¿Cómo funciona la Ayuda Médica de AHCCCS?



Si es aprobado(a) para Ayuda Médica de AHCCCS, recibirá sus atenciones médicas mediante un plan médico de AHCCCS a menos que:

- Fuera indígena estadounidense y elija para su plan médico el Programa de Salud Para Indígenas Estadounidenses.
- Solamente esta pidiendo ayuda para sus costos de *Medicare*. Si es aprobado(a) para alguno de los Programas de Ahorro de *Medicare* (QMB), el programa AHCCCS pudiera pagar sus primas, coaseguro y deducibles de *Medicare*.
- AHCCCS sólo puede pagar sus servicios de emergencia a causa de su calidad ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Si es aprobado(a) solamente para los servicios de emergencia, recibiría sus servicios médicos de cualquier proveedor(a) (doctor(a), hospital, etcétera) que tiene un contrato para cobrarle los servicios de emergencia cubiertos al programa AHCCCS.

¿Cuánto costará la Ayuda Médica de AHCCCS?



Primas:

- La mayoría de las personas no tendrán que pagar una prima mensual para la Ayuda Médica de AHCCCS.
- Algunas personas con ingresos muy altos para calificar para Asistencia médica de AHCCCS sin prima mensual pueden ser capaces de conseguirlo mediante el pago de una prima mensual. Si usted tiene que pagar una prima, las cantidades de las primas son:
 - \$ 10 a \$ 35 para los clientes del programa de Libertad para trabajar.
 - \$ 10 a \$ 70 para los clientes en el programa KidsCare.

Copagos:

El copago es la cantidad que usted les pagará a los proveedores médicos cuando reciba servicios médicos. La cantidad de copago variará según el programa de AHCCCS en el que se inscriba y los servicios que necesite. Para algunos programas de AHCCCS, su proveedor le pudiera negar los servicios si no efectuara el copago. Los copagos por los servicios son:

- De \$2.30 a \$10.00 por recetas
- De \$0 a \$30.00 por uso de sala de emergencias en situación que no sea de emergencias
- De \$3.40 a \$5.00 por consultas ambulatorias para servicios de evaluación y control de condiciones, incluso citas a consultorios médicos
- De \$2.30 a \$3.00 por terapias físicas, ocupacionales o del habla

Acuérdese de reportar cambios en los ingresos porque esto pudiera cambiar la cantidad de su copago.

A las personas siguientes jamás se les pedirá copagos:

- Menores de 19 años de edad
- Personas que el Departamento de Servicios de Salud de Arizona determine que tengan enfermedades mentales graves (*Seriously Mentally Ill / SMI*).
- Personas de hasta 20 años de edad que tengan derecho a recibir servicios del Programa de Servicios de Rehabilitación de Menores (*Children's Rehabilitative Services / CRS*).
- Personas que se alojen provisionalmente en asilos de enfermería o en instalaciones tales como hogares con ayuda para vivir, y únicamente cuando la persona sea con condiciones médicas agudas hubiera tenido que internarse en un hospital de lo contrario. La exención de los pagos se limita a 90 días en cada año de contrato.
- Personas que reciban cuidado de hospicio (*hospice care*)

A nadie se le cobrarán copagos por los servicios siguientes:

- Internarse en hospitales
- Servicios de emergencia
- Servicios que se paguen con honorarios
- Atenciones médicas durante los embarazos, incluso tratamientos de cese de consumo de tabaco para embarazadas
- Servicios y materiales de planificación familiar

¿Necesitaré clave o número de Seguro Social?



Las leyes federales exigen que se proporcione la clave de Seguro Social (*Social Security Number / SSN*, por sus siglas en inglés) para cualquier persona que desee obtener Ayuda Médica de AHCCCS, busque ayuda para los costos de *Medicare*, Ayuda Nutricional, Ayuda Económica y/o de Control de Tuberculosis (a tenor con los incisos del Código Estadounidense en sus apartados 42 U.S.C. § 1320b-7; 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C), 7 U.S.C. §§ 2011-2036; así como la Ley General de Seguro Social (SSA) del 1935 (Inciso 1137), de conformidad con las enmiendas de la Ley Pública P.L. 98-369).

- Si usted o cualquier persona por quien esta solicitando no tiene clave del Seguro Social, lo/la referiremos a una oficina de Seguro Social para que solicite la clave. A los inmigrantes que no cuenten con la facultad lícita de obtener una clave del Seguro Social no se les exigirá que la obtengan ni que la soliciten. Cualquier persona por quien solicite que tenga la capacidad lícita de obtener clave del Seguro Social, pero que no la tenga o no la solicite, no tendrá derecho a beneficios.
- Si no esta solicitando derechos para sí mismo/a, no tendrá que indicarnos su clave del Seguro Social. Sin embargo, pudiera reducir la cantidad de beneficios de y/o Ayuda en Efectivo para la persona por la cual solicite, ya que no podremos incluirle a usted en la cantidad de beneficios.
- No utilizaremos su clave del Seguro Social como clave de identificación para el *DES* o para *AHCCCS*.
- No divulgaremos claves del Seguro Social a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services / USCIS*).

Usaremos sus datos, incluso su clave de Seguro Social, para:

- Verificar su identidad
- Verificar su ciudadanía y *calidad migratoria*
- Verificar sus ingresos y recursos
- Evitar duplicar sus beneficios
- Determinar y hacer cumplir pensiones alimenticias
- Calcular las combinaciones con agencias locales, estatales y federales y nuestros demás programas para verificar la información
- Cobrar dinero que le hayamos pagado en exceso mediante sus beneficios
- Informar a otras agencias gubernamentales y a sus contratistas para gestionar y cumplir con la normativa de los programas de Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo
- Pudiéramos divulgar sus datos agentes del orden público con el fin de aprehender a personas que se fuguen para evadir la justicia.

Si no podemos comprobar los datos que nos proporcione mediante las fuentes que tenemos a nuestra disposición, entonces deberá proporcionarnos comprobantes de los datos para que decidamos si es elegible.

El Departamento *DES* y/o el plan *AHCCCS* mantendrán sus datos por al menos 7 años.

¿Tendré que proporcionar datos sobre mi ciudadanía y *calidad migratoria*?



- A fin de conseguir la mayor ayuda, debe proporcionarnos información de ciudadanía y *calidad migratoria* para cada persona que solicite ayuda.
- Indicar la ciudadanía y *calidad migratoria* de cada persona que es elegible para beneficios nos permitirá incluirlos en las cantidades de beneficios de Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo. Cuando no nos proporciona esa información, no afectará los derechos de las personas por las cuales solicite y que nos hayan verificado su ciudadanía y *calidad migratoria*, pero sí pudiera afectar la cantidad de beneficios que se disponga para tales personas.
- Si decide no darnos información en cuanto a *calidad migratoria* pero aun así deseara Ayuda Médica de AHCCCS, sólo tendría derecho a servicios médicos de emergencia.
- No tendrá que darnos datos de ciudadanía o *calidad migratoria* de las personas que no están solicitando.
- Tendrá que darnos datos de ingresos, recursos u otros para las personas que no nos indicaran su ciudadanía o *calidad migratoria* a fin de concluir el trámite de solicitud.
- De conformidad con las leyes federales, ciertas personas que no son ciudadanas, pero que son refugiados o asilados políticos, pueden calificar para Ayuda Médica, Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo. Para tales personas que no son ciudadanas, la normativa de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (*USCIS*) indica que usar tales beneficios no afectara la capacidad de los mismos de convertirse en Residentes Permanentes Lícitos (*Lawful Permanent Residents / LPR*).
- Si no esta solicitando beneficios, o si opta no proporcionar datos de ciudadanía o inmigración, no trataremos de enterarnos de tal información de parte de la agencia federal USCIS.
- No denunciaremos a usted, a su familia o a algún integrante de su hogar a la oficina de Control de Inmigración y Aduanas de los Estados Unidos (*U.S. Immigration and Customs Enforcement / ICE*) a menos que nos informara que usted, su familia o algún integrante se encontrara ilícitamente en los Estados Unidos.

¿Tendré que presentarme a una entrevista?



Cuando solicite Ayuda Médica de AHCCCS y/o ayuda para pagar los costos de *Medicare*, no hará falta entrevistarle. Cuando solicite Ayuda Nutricional, Ayuda en Efectivo o Control de Tuberculosis, usted o su representante deberá comparecer a entrevista en persona o por teléfono. Si necesita que se adapten facilidades especiales para la entrevista, por favor, indíquelo en la página 1 de la solicitud para que podamos prepararnos para su entrevista.

¿Cuánto tiempo tarda para saber si soy elegible para beneficios después de recibir mi solicitud?



Para la Ayuda Médica de AHCCCS y/o ayuda para pagar los costos de *Medicare*, tomaremos la decisión en un plazo de **45 días**.

- Si esta embarazada, tomaremos la decisión en un plazo de **20 días**.
- Si necesita un informe de determinación de discapacidad, tomaremos la decisión en un plazo **90 días**.



Para la Ayuda Nutricional, tomaremos la decisión en un plazo de **30 días**.

- Si tiene derecho a Ayuda de Emergencia para Alimentos, tomaremos la decisión en un plazo de **7 días**.



Para Ayuda en Efectivo, tomaremos la decisión en un plazo de **45 días**.

- Si es familiar o tutor legal solicitando únicamente para menores que no son hijos suyos, decidiremos si los niños tienen derecho en un plazo de **20 días**.

¿Cómo me enteraré si soy elegible?



- Si le aprueban los beneficios, recibirá una carta que le explicará los beneficios a los que tendrá derecho y la cantidad de beneficios que recibirá.
- Si le niegan los beneficios, le enviaremos una carta que le explicará la razón por la cual tomamos tal decisión.

¿Cómo podré recibir mis beneficios cuando mi solicitud es aprobada?



Si le aprueban la Ayuda Médica de AHCCCS y/o la ayuda para los costos de *Medicare*, recibirá una carta de autorización. Le llegará la tarjeta credencial de identificación de AHCCCS del plan en el que se inscribió en plazo de 10 a 14 días hábiles después de que le llegue la carta de autorización. Si necesita servicios médicos antes de que le llegara su credencial de identificación de AHCCCS, comuníquese con el plan en el que se inscribió.



Si le aprueban la Ayuda Nutricional, Ayuda en Efectivo y/o el Control de Tuberculosis:

- Recibirá una tarjeta de traspaso electrónico de beneficios (*Electronic Benefit Transfer / EBT*). La tarjeta funciona como las tarjetas de débito. Recibirá un folleto con instrucciones sobre cómo usar la tarjeta.
- Sus beneficios se acreditarán a su tarjeta *EBT* cuando se los autoricen. Los beneficios pueden tardar hasta 48 horas en quedar disponibles. Puede llamar al teléfono de Servicios a Clientes que está al dorso de la tarjeta para comprobar el saldo de sus beneficios.
- Si es elegible para Ayuda de Emergencia para Alimentos, puede conseguir tarjeta *EBT* en la oficina más cercana de la Administración de Ayudas a Familias (*DES/FAA*).
- Si califica para beneficios de Ayuda Nutricional, puede usar la tarjeta *EBT* para comprar alimentos autorizados. Si califica para beneficios de Ayuda en Efectivo, puede usar su tarjeta *EBT* para conseguir efectivo o comprar artículos no alimenticios en cualquier tienda en la que acepten tales tarjetas. También puede retirar sus beneficios de Ayuda en Efectivo en cajeros automáticos (ATH's o ATM's), pero le pudieran cobrar cargos.

¿Qué me corresponderá hacer?



Para todos los programas:

- Debe proporcionarle al departamento DES y/o al plan médico AHCCCS la información que haga falta para determinar correctamente a lo que tenga derecho y para autorizar al departamento o al plan a investigar y comunicarse con todas las fuentes que hiciera falta para confirmar la certeza de los datos para sus requisitos.
- Si se le aprueban beneficios, le llegará una carta en la que se le indicarán los cambios que deberá reportar. DEBERÁ reportar tales cambios de inmediato.



Expectativas en concreto de los programas:

Si solicita Ayuda Médica de AHCCCS, ayuda con los costos de *Medicare*, y/o Ayuda en Efectivo, debe tomar los pasos necesarios para obtener todas las anualidades, pensiones y beneficios de jubilación o discapacidad a los que tenga derecho, entre los que se incluirían beneficios del Seguro Social, jubilación de ferrocarriles, beneficios de veteranos y ayuda por desempleo.



Para la Ayuda Médica de AHCCCS y/o la Ayuda en Efectivo, debe darnos toda la información que tenga sobre padres o madres ausentes. Si tiene motivos para no proporcionar tales datos (por ejemplo, trámites de adopción, maltrato, incesto, descuido, etcétera), puede alegar que tiene justificación. Debe colaborar con la División de Servicios de Sustento de Menores (*Division of Child Support Services / DCSS*) para determinar la paternidad, a menos que pueda comprobar su justificación.



Todos los integrantes adultos del hogar y los padres de menores que son elegibles Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo deben sacar su ficha de huellas digitales. Pueden permitirse excepciones.

Para asistencia de nutrición y / o asistencia en efectivo debe darnos y proveer prueba para recibir las deducciones, para los siguientes gastos: tribunal ordenó la manutención de menores pagado, Gastos de cuidado de dependientes niño / adulto, gastos médicos, gastos de transporte desde y hacia el proveedor de atención médica o cuidado diario de un niño / adulto dependiente, pagos de alquiler o hipoteca, Servicios públicos u otros costos de vivienda.

¿Qué derechos tendré?



Tendrá DERECHO a:

- Trato cortés y profesional.
- Que se le trate justa y equitativamente, no importa su raza, tez, religión, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas.
- Solicitar beneficios y recibir una carta que le indique si es elegible o no, y/o a recibir una carta antes de que le reduzcan o suspendan los beneficios.
- Revisar los manuales normativos del departamento DES y el plan médico AHCCCS que enseñan las reglas y normas de la Ayuda Médica de AHCCCS, e; Programa de Ahorros de *Medicare*, la Ayuda Nutricional, la Ayuda en Efectivo y el Control de Tuberculosis Control si quisiera conocer los motivos de nuestras decisiones.
- Platicar de su caso con un(a) trabajador(a) o supervisor(a).
- Que se mantenga privada toda la información que usted nos dé sobre sus requisitos, de conformidad con las leyes estatales y federales.
- Pedir audiencia justa si esta en desacuerdo de que se le niegue su solicitud, se le suspendan o redujeran sus beneficios, o si no se toma una decisión sobre su solicitud en la cantidad permisible de días y la demora se debe al departamento DES o al plan médico AHCCCS.
- Revisar su archivo antes de una audiencia justa.
- Traer consigo a abogados o a cualquier otra persona a audiencias justas.

Para entablar una querrela por discrimen, comuníquese con:

(Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos)
(Dirección de Oficina de Derechos Civiles)

U.S. Department of Health and Human Services
Director, Office for Civil Rights
Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, DC 20201

1-202-619-0403 (voz)
1-800-537-7697 (TTY – para sordos)

Forma de querrela (en inglés):

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html

(Secretaría Federal de Agricultura)
(Dirección de Oficina de Resoluciones)

U.S. Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410

Fax: 1- 202-690-7442

Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Llame para pedir ayuda para rellenar la forma:

1-866-632-9992 (llamada gratis de Servicio a Clientes)

1-800-877-8339 (relevo local o federal para sordos)

1-866-377-8642 (usuarios por voz de relevo para sordos)

¿Cuáles son las reglas y sanciones?



Si usted, su representante o cualquier integrante de su hogar oculta información o da información falsa a fin de conseguir o seguir obteniendo Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo para la que no tiene derecho, dicha persona podrá enfrentar:

- Enjuiciamiento penal
- Multas
- Aprehensión
- Otras sanciones que prevean las leyes estatales y federales

Si obtiene Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo, debe seguir las reglas siguientes:

- No dar declaraciones falsas ni ocultar información. Si no dice la verdad, pudiera tener que pagar de vuelta al departamento DES los beneficios que recibe y se le pudiera denunciar ante las autoridades judiciales.
- No actúe deshonestamente para conseguir beneficios que no se supone que obtenga.
- No compre, venda, canjee ni traspase beneficios de Ayuda Nutricional o tarjetas *EBT* suyos o ajenos.
- No compre envases con los depósitos con el fin de deshacerse del producto y luego devolver los envases para conseguir reembolsos en efectivo.
- No venda productos que compre con los beneficios de Ayuda Nutricional a fin de canjearlos por efectivo u otros artículos que no sean alimentos autorizados.
- No compre productos que primero comprara con los beneficios de Ayuda Nutricional a fin de canjear tales productos por efectivo o artículos que no sean alimentos autorizados.
- No robe beneficios de Ayuda Nutricional o Ayuda en Efectivo.
- No use sus beneficios de Ayuda Nutricional para comprar artículos no alimenticios, tales como alcohol y tabaco.
- No altere tarjetas *EBT*.
- No use tarjetas *EBT* ajenas a menos que sea usuario autorizado por el departamento DES.

Si rompe las reglas a sabiendas y obtiene beneficios de Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo, le suspenderemos su derecho de conseguir beneficios por un lapso de:

- 12 meses por la primera trasgresión
- 24 meses por la segunda trasgresión
- Permanentemente por la tercera trasgresión

Usted o cualquier integrante de su hogar no será elegible para conseguir Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo si dicha persona:

- Fuera delincuente prófugo o hubiera quebrantado su régimen de libertad condicional (*probation*) o libertad penitenciaria (*parole*).
- Fuera reo de usar o conseguir beneficios de Ayuda Nutricional en una transacción que conllevara la venta de armas de fuego, municiones o fulminantes. Tal persona jamás podrá volver a conseguir beneficios de Ayuda Nutricional.
- Se le condenara por usar o conseguir beneficios de Ayuda Nutricional en una transacción que conllevara la venta de estupefacientes. Tal persona no tendrá derecho a conseguir Ayuda Nutricional por 2 años tras la primera trasgresión y permanentemente tras la segunda trasgresión.
- Perpetrara y se le condenara después del 23 de agosto del 1996 por un delito estatal y federal que conllevara la tenencia, uso o distribución de estupefacientes.
- Se determinara por dictamen o resolución judicial que hubiera presentado credenciales de identificación o información domiciliaria en falso para obtener beneficios en más de un caso. Tal persona no tendrá derecho a recibir beneficios por 10 años.
- Se rehusara a firmar y cumplir el Convenio de Responsabilidad Propia (*Personal Responsibility Agreement / PRA*). Se le presentará el convenio PRA en el trámite de la entrevista.
- Sea adulta (de menos 18 años de edad) y reciba Ayuda en Efectivo en cualquiera de las situaciones siguientes:
 - No rellene y entregue su declaración de consumo de fármacos ilícitos (*Illegal Drug Use Statement*). Le enviamos dicha declaración por correo federal después de que se autorice la Ayuda en Efectivo.
 - La persona que reciba la ayuda no tome una prueba de consumo de fármacos (drogas) que se le exija.
 - La persona que reciba la ayuda fracase la prueba de consumo de fármacos (drogas).

Deberá pagarle de vuelta al departamento DES todos los beneficios de Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo que recibiera a los cuales su hogar no tuviera derecho. Podrá llegar a un acuerdo de repago. Si no cumpliera con su acuerdo de repago, pudiéramos reducir sus beneficios de Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo, confiscar su reembolso de contribuciones sobre ingresos o recurrir a otras gestiones legales, hasta confiscar las cantidades de sus ingresos.



Las demás sanciones siguientes son pertinentes al Programa de Ayuda Nutricional:

- Las autoridades judiciales pudieran sentenciar otra pérdida de derechos de hasta 18 meses.
- Todo partícipe o integrante de hogar que oculte o falsifique información pudiera enfrentar multas de hasta \$250,000.00, pena penitenciaria de hasta 20 años, o ambas.
- Usted y/o los integrantes de su hogar pudieran enfrentar otros enjuiciamientos de conformidad con las leyes federales.
-

Cómo escoger un plan médico de AHCCCS:

Tendrá que escoger un plan médico que ofrezca servicios en su comunidad.

- Todos los planes médicos de AHCCCS proporcionan los mismos servicios médicos con cubierta.
- Revise los planes médicos de sus condados que se enumeran a continuación. Los indígenas estadounidenses podrán escoger el Programa de Salud Indígena Estadounidense o un plan médico de AHCCCS.
- Antes de escoger un plan, consulte a su doctor, farmacia u hospital para verificar que funcionen con el plan que usted quiera. Si deseara más información en cuanto a los doctores, especialistas u hospitales que funcionen con un plan médico que se ofrezca en su condado, llame al teléfono indicado a continuación para el plan médico.

Si no escoge un plan médico, se le asignará uno. Si ya ha estado inscrito/a en un plan médico de AHCCCS en los 90 días pasados, puede seguir inscrito/a en su plan médico anterior.

Apunte en la solicitud su plan médico preferido.

CONDADO DE APACHE

Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Health Choice Arizona..... 1-800-322-8670
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

Si su código postal es 85943, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Navajo.

CONDADO DE COCHÍS (COCHISE)

University Family Care 1-800-582-8686
Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

CONDADO DE COCONINO

Pan Comunitario UnitedHealthcare..... 1-800-348-4058
Health Choice Arizona..... 1-800-322-8670
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

Si su código postal es 86336 u 86340, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Yavapai.

CONDADO DE GILA

Health Choice Arizona..... 1-800-322-8670
University Family Care 1-800-582-8686
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

CONDADO DE GRAHAM

University Family Care 1-800-582-8686
Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

Si su código postal es 85643, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Cochise.

CONDADO DE GREENLEE

University Family Care 1-800-582-8686
Plan Comunitario UnitedHealthcare..... 1-800-348-4058
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

CONDADO DE LA PAZ

Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
University Family Care 1-800-582-8686
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

CONDADO DE MARICOPA

Health Net de Arizona 1-888-788-4408
Care 1st Arizona..... 1-866-560-4042
Health Choice Arizona..... 1-800-322-8670
Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Plan Mercy Care..... 1-800-624-3879
Plan de Salud de Maricopa 1-800-582-8686
Programa de Salud Indígena Estadounidense . . 1-800-654-8713

CONDADO DE MOJAVE (MOHAVE)

Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Health Choice Arizona 1-800-322-8670
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

Si su código postal es 86434, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Yavapai.

CONDADO DE NAVAJO

UnitedHealthcare Community Plan 1-800-348-4058
Health Choice Arizona 1-800-322-8670
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

CONDADO DE PIMA

Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Health Choice Arizona 1-800-322-8670
Care 1st Arizona 1-866-560-4042
University Family Care..... 1-800-582-8686
Plan Mercy Care 1-800-624-3879
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

Si su código postal es 85645, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Santa Cruz.

CONDADO DE PINAL

Health Choice Arizona 1-800-322-8670
University Family Care..... 1-800-582-8686
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

Si su código postal es 85242 u 85220, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Maricopa.

Si su código postal es 85292, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Gila.

CONDADO DE SANTA CRUZ

University Family Care..... 1-800-582-8686
Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

CONDADO DE YAVAPAI

Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
University Family Care..... 1-800-582-8686
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

Si su código postal es 85342, 85358 u 85390, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Maricopa.

Si su código postal es 86351, deberá escoger de entre los planes de salud que se enumeran para el condado de Coconino.

CONDADO DE YUMA

Plan Comunitario UnitedHealthcare 1-800-348-4058
University Family Care..... 1-800-582-8686
Programa de Salud Indígena Estadounidense..... 1-800-654-8713

Solicitud de Beneficios

For Agency Use Only

Date:

Group Number:

Señas (datos para comunicarnos con usted):



Díganos cómo comunicarnos con un(a) integrante adulto/a de su hogar.

Nombre completo [nombre, segundo, apellido(s)]: _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Domicilio postal (si es distinto): _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Vive en un refugio? Sí No De ser así, ¿qué clase de refugio? _____

Teléfono: _____ Clase de teléfono: Casa Celular Trabajo Recados Otro: _____

Otro teléfono: _____ Clase de teléfono: Casa Celular Trabajo Recados Otro: _____

¿Qué idioma prefieren HABLAR en el hogar? inglés español otro: _____

¿Qué idioma prefieren LEER O ESCRIBIR en el hogar? inglés español otro: _____

Quisiera que me informaran acerca de esta solicitud por:

Correo electrónico (*email*): Sí Dirección de correo electrónico: _____

Textos: Sí No Teléfono de textos (tal vez tuviera que pagar cargos por textos): _____

Si no marcara que "sí" para mensajes electrónicos o textos, toda la información sobre esta solicitud se le enviará por correo federal al domicilio postal indicado..

Necesito que me ayuden en lo siguiente con la solicitud (marque todas las pertinentes):

leer y entender esta solicitud rellenar la solicitud otra: _____

idioma estadounidense de señas (ASL) Braille intérprete idioma _____

Necesito que me adapten o faciliten lo siguiente para esta solicitud (marque todas las pertinentes):

oír hablar ver escribir caminar otra: _____

Representante autorizado/a:



Esta sección será OPCIONAL (si gusta). Podrá autorizar a otra persona para que le represente en el trámite de solicitud. El departamento DES y/o el plan AHCCCS no podrán divulgar información sobre si reúne los requisitos a menos que usted lo autorice por escrito.

Nombre de representante: _____ ¿Es tal representante su tutor(a) legal? Sí No

Domicilio postal de representante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de representante: _____ Clase de teléfono: Casa Celular Trabajo Recados Otro: _____

Otro teléfono de representante: _____ Clase de teléfono: Casa Celular Trabajo Recados Otro: _____

¿Qué idioma prefiere HABLAR su representante? inglés español otro: _____

¿Qué idioma prefiere LEER O ESCRIBIR su representante? inglés español otro: _____

Mi representante quisiera que le informaran acerca de esta solicitud por:

Correo electrónico (*email*): Sí Dirección de correo electrónico: _____

Textos: Sí No Teléfono de textos (tal vez tuviera que pagar cargos por textos): _____

Si no marcara que "sí" para mensajes electrónicos o textos, toda la información sobre esta solicitud se le enviará por correo federal al domicilio postal indicado.

Yo, el o la cliente, firmaré al calce para autorizar a la persona indicada como representante que actúe de mi parte en el trámite de lograr que obtenga derecho a ayuda con los costos de seguro, ayuda con los costos de Medicare, Ayuda Nutricional, Ayuda en Efectivo y/o Control de Tuberculosis. Por lo tanto, yo:

- Doy permiso a mi representante para que rellene y firme mi solicitud.
- Doy permiso a mi representante para que presente los documentos que se pidan, incluso datos personales.
- Doy permiso a mi representante para que le permite a otras personas, negocios o agencias que den datos sobre mí al departamento DES y/o al plan AHCCCS, incluso información médica protegida que hiciera falta para determinar si yo tuviera discapacidades.
- Me dispongo a dar a mi representante datos sobre mis circunstancias propias.
- Me dispongo a permitir que mi representante traspase a nombre mío mis derechos de reclamos de reembolsos médicos al plan AHCCCS.

Yo, el o la representante, me dispongo a actuar a nombre y en provecho de mi solicitante. Además, me dispongo a:

- Proporcionar sólo información completa y verdadera, so pena de perjurio.
- Rellenar y firmar las formas que hagan falta.
- Obtener y dar al departamento DES y/o al plan AHCCCS toda la información que haga falta para determinar si el o la cliente pudiera reunir los requisitos para conseguir ayuda para sus costos de atenciones médicas, costos de Medicare, Ayuda Nutricional, Ayuda en Efectivo y/o Control de Tuberculosis, daos tales como la clave de Seguro Social, ingresos, activos económicos, ciudadanía, residencia, seguro médico e información acerca de su cónyuge, hijos menores de edad y padres de familia (si tal cliente fuera menor de edad).
- Notificarle de inmediato al departamento DES y/o al plan AHCCCS si mi cliente:
 - o Tuviera aumento o reducción de ingresos;
 - o Tuviera aumento o reducción de bienes;
 - o Cambiara los propietarios de sus activos, incluso abrir o cerrar cuentas financieras;
 - o Cambiara su domicilio; o
 - o Cambiara su seguro médico o la cantidad que pagara de primas.

Si se determina que es elegible, permanecerá vigente esta autorización hasta que yo mismo/a o mi representante les pida que la suspendan. La autorización se vencerá cuando mi solicitud de ayuda se retire o niegue, o cuando se venzan mi plazo de derecho. Sin embargo, la autorización se mantendrá vigente en todo momento mientras litigue mis derechos en una audiencia contenciosa administrativa o en un proceso judicial.

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Firma de representante: _____

Fecha: _____

Divulgación de información a hospitales, agentes de hospitales, organizaciones y agencias:

Podrá autorizar al departamento *DES* y la plan *AHCCCS* a divulgar información sobre los requisitos que reúna el o la solicitante. El plan *AHCCCS* y el departamento *DES* no podrán dar a conocer datos de los requirentes sin el permiso escrito de los mismos. Esta sección será OPCIONAL (si gusta).

Nombre de hospital, agente, organización o agencia: _____
Comuníquese con: _____ Teléfono: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo a los empleados del departamento *DES* y/o del plan *AHCCCS* a revelarle al hospital, agencia, organización o agencia indicada que:

- Solicité ayuda para los costos de seguro;
- La información o comprobantes que me harán falta para determinar si puedo conseguir ayuda con los costos de seguro; y
- Si me aprueban la ayuda con los costos de seguro, la fecha en la que mis derechos cobraron vigencia, la fecha de vencimiento de redeterminación, y la categoría de ayuda que se me autorizó. Si se me niega la ayuda con los costos de seguro, el motivo por el que se me negó.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Acceso a cuenta de traspaso electrónico de beneficios (EBT):



Esta sección será OPCIONAL (si gusta). Si solicitara Ayuda Nutricional, Ayuda en Efectivo y/o Control de Tuberculosis, pudiera pedir que otra persona, que conocerá como Titular Alterno/a, consiga los beneficios para usted. Si necesitara Titular Alterno/a, escoja a una persona en quien confíe. Recuérdese que no remplazaremos los beneficios que pierda o que le roben.

Nombre de representante de *EBT*: _____ Fecha de nacimiento de representante de *EBT*: _____
Dirección postal de representante de *EBT*: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de representante de *EBT*: _____ Clase de teléfono: Casa Celular Trabajo Recados Otro: _____
Otro teléfono de representante de *EBT*: _____ Clase de teléfono: Casa Celular Trabajo Recados Otro: _____
Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que le conozca bien:



Con frecuencia tenemos que comunicarnos con personas u organizaciones que puedan verificar la información para determinar si reúne los requisitos para ayuda pública. Cuando nos comunicamos con tales personas u organizaciones, les indicaremos cómo se llama usted, nuestro cargo y que trabajamos para el Departamento de Seguridad Económica (*DES*). Las leyes nos prohíben indicarles cosa alguna sobre su caso de ayuda pública. Por favor, indíquenos a continuación cómo comunicarnos.

Nombre de quien le conozca bien: _____ Qué es de usted: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de día: _____

Nombre de casero/a: _____

¿Tiene vínculo o es algo de su casero/a? Sí No De ser así, ¿qué es usted de la persona? _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de día: _____

Ayuda de Emergencia para Alimentos:

¿Hay alguien en su hogar que solicite Ayuda Nutricional de Emergencia?
De **SÍ** ser así: rellene esta sección. De **NO** ser así: pase a la página 3.

¿Cuánto es el total de ingresos, antes de las deducciones, que anticipa recibir este mes?	\$
¿Cuánto es el total de dinero que tiene contante (en efectivo) y en sus cuentas de cheques y de ahorros?	\$
¿Cuántos son los costos mensuales de vivienda (alquiler o hipoteca, impuestos, seguro de propietarios o inquilinos, etc.)?	\$
¿Cuántos son los costos mensuales de servicios domésticos (gas, electricidad, agua, etcétera)?	\$
¿Cuánto cuesta su teléfono al mes?	\$
¿Recibe alguien en su hogar Reparto Tribal de Alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es alguno de ustedes bracero/a o trabajador(a) agrícola por temporadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguno de ustedes recibió beneficios de Ayuda Nutricional de cualquier otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

De ser así, ¿quién los recibió? _____ ¿Cuándo? _____ Estado: _____

Asistencia Nutricional de Emergencia:

Datos personales:



Díganos acerca de cada persona en su hogar, comenzando con usted mismo/a. Vea en la página A la definición de las personas a las que deberá incluir. Si fuera representante, díganos a quién representa y las demás personas del hogar.

Nombre completo Apellido, Nombre, Inicial de 2º nombre (incluya apellido de soltera, alias, cadencia o descendencia y otros nombres)	¿Qué solicita?					Vínculo con (¿qué es de?) Persona Principal (1.): cónyuge, hijo/a carnal o postizo/a, padre o madre, nieta/a, sobrino/a, pupilo/a, otro (por favor, describa otros vínculos)	Estado civil (nunca casado/a, casado/a, divorciado/a o viudo/a)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Clave de Seguro Social (si no está solicitando, opcional indicarlo)	Sexo (masculino/varón o femenino/hembra)
	Ayuda con seguro médico	Ayuda con costos de Medicare	Ayuda Nutricional	Ayuda en Efectivo	Control de Tuberculosis					
1.						PERSONA PRINCIPAL				
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										



CIUDADANÍA: Rellene SÓLO para cada persona que solicite. Si alguna persona no solicitara beneficios, deje esta sección en blanco en cuanto a esa persona. Para los que sí soliciten, pudiera tener que presentar comprobante de ciudadanía.

¿Es la PERSONA PRINCIPAL ciudadano/a o natural de los EE. UU.? Más información en la página D. Sí No Prefiero no contestar

Si la PERSONA PRINCIPAL —NO— es ciudadano/a de los EE. UU., ¿cuál es su *calidad migratoria*?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> residente permanente lícito/a (LPR) | <input type="checkbox"/> cónyuge, hijo o padre maltrecho/a | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>deportation</i>) o expulsión (<i>removal</i>) |
| <input type="checkbox"/> residente provisional lícito/a | <input type="checkbox"/> inmigrante cubano/a o haitiano/a | <input type="checkbox"/> solicitante de registro |
| <input type="checkbox"/> no inmigrante | <input type="checkbox"/> calidad de acción postergada | <input type="checkbox"/> solicitante de calidad de inmigrante menor especial |
| <input type="checkbox"/> asilado/a | <input type="checkbox"/> salida obligatoria postergada | <input type="checkbox"/> amparado/a provisional especial (TPS) |
| <input type="checkbox"/> refugiado/a | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme la Ley General LIFE | <input type="checkbox"/> afectado/a por trata humana (<i>trafficking</i>) |
| <input type="checkbox"/> inmigrante condicional (otorgado antes del 1980) | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme solicitante de IRCA | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>withholding of deportation</i>) |
| <input type="checkbox"/> otra | <input type="checkbox"/> auto de vigilancia (<i>Order of Supervision</i>) | <input type="checkbox"/> solicitante de asilo, LPR, TPS o suspensión de repatriación |
| <input type="checkbox"/> no la quiero indicar | <input type="checkbox"/> permiso de presencia en los EE. UU. (<i>parole</i>) | |

¿Qué comprobantes de inmigración tiene la PERSONA PRINCIPAL?

- tarjeta de Residente Permanente I-94 Visa
 pasaporte extranjero ninguno otro: _____

Clave (número) de documento de inmigración: _____

¿Ha vivido la PERSONA PRINCIPAL en los EE. UU. desde el 22 de agosto del 1996? Sí No

¿Es la 2ª PERSONA ciudadano/a o natural de los EE. UU.? Más información en la página D. Sí No Prefiero no contestar

Si la 2ª PERSONA —NO— es ciudadano/a de los EE. UU., ¿cuál es su *calidad migratoria*?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> residente permanente lícito/a (LPR) | <input type="checkbox"/> cónyuge, hijo o padre maltrecho/a | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>deportation</i>) o expulsión (<i>removal</i>) |
| <input type="checkbox"/> residente provisional lícito/a | <input type="checkbox"/> inmigrante cubano/a o haitiano/a | <input type="checkbox"/> solicitante de registro |
| <input type="checkbox"/> no inmigrante | <input type="checkbox"/> calidad de acción postergada | <input type="checkbox"/> solicitante de calidad de inmigrante menor especial |
| <input type="checkbox"/> asilado/a | <input type="checkbox"/> salida obligatoria postergada | <input type="checkbox"/> amparado/a provisional especial (TPS) |
| <input type="checkbox"/> refugiado/a | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme la Ley General LIFE | <input type="checkbox"/> afectado/a por trata humana (<i>trafficking</i>) |
| <input type="checkbox"/> inmigrante condicional (otorgado antes del 1980) | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme solicitante de IRCA | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>withholding of deportation</i>) |
| <input type="checkbox"/> otra | <input type="checkbox"/> auto de vigilancia (<i>Order of Supervision</i>) | <input type="checkbox"/> solicitante de asilo, LPR, TPS o suspensión de repatriación |
| <input type="checkbox"/> no la quiero indicar | <input type="checkbox"/> permiso de presencia en los EE. UU. (<i>parole</i>) | |

¿Qué comprobantes de inmigración tiene la 2ª PERSONA?

- tarjeta de Residente Permanente I-94 Visa
 pasaporte extranjero ninguno otro: _____

Clave (número) de documento de inmigración: _____

¿Ha vivido la 2ª PERSONA en los EE. UU. desde el 22 de agosto del 1996? Sí No

Department of Economic Security (DES)/Family Assistance Administration (FAA)
Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)

¿Es la 3ª PERSONA ciudadano/a o natural de los EE. UU.? Más información en la página D. Sí No Prefiero no contestar

Si la 3ª PERSONA —NO— es ciudadano/a de los EE. UU., ¿cuál es su *calidad migratoria*?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> residente permanente lícito/a (LPR) | <input type="checkbox"/> cónyuge, hijo o padre maltrecho/a | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>deportation</i>) o expulsión (<i>removal</i>) |
| <input type="checkbox"/> residente provisional lícito/a | <input type="checkbox"/> inmigrante cubano/a o haitiano/a | <input type="checkbox"/> solicitante de registro |
| <input type="checkbox"/> no inmigrante | <input type="checkbox"/> calidad de acción postergada | <input type="checkbox"/> solicitante de calidad de inmigrante menor especial |
| <input type="checkbox"/> asilado/a | <input type="checkbox"/> salida obligatoria postergada | <input type="checkbox"/> amparado/a provisional especial (TPS) |
| <input type="checkbox"/> refugiado/a | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme la Ley General LIFE | <input type="checkbox"/> afectado/a por trata humana (<i>trafficking</i>) |
| <input type="checkbox"/> inmigrante condicional (otorgado antes del 1980) | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme solicitante de IRCA | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>withholding of deportation</i>) |
| <input type="checkbox"/> otra | <input type="checkbox"/> auto de vigilancia (<i>Order of Supervision</i>) | <input type="checkbox"/> solicitante de asilo, LPR, TPS o suspensión de repatriación |
| <input type="checkbox"/> no la quiero indicar | <input type="checkbox"/> permiso de presencia en los EE. UU. (<i>parole</i>) | |

¿Qué comprobantes de inmigración tiene la 3ª PERSONA?

- tarjeta de Residente Permanente I-94 Visa
 pasaporte extranjero ninguno otro: _____

Clave (número) de documento de inmigración: _____

¿Ha vivido la 2ª PERSONA en los EE. UU.
desde el 22 de agosto del 1996? Sí No

¿Es la 4ª PERSONA ciudadano/a o natural de los EE. UU.? Más información en la página D. Sí No Prefiero no contestar

Si la 4ª PERSONA —NO— es ciudadano/a de los EE. UU., ¿cuál es su *calidad migratoria*?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> residente permanente lícito/a (LPR) | <input type="checkbox"/> cónyuge, hijo o padre maltrecho/a | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>deportation</i>) o expulsión (<i>removal</i>) |
| <input type="checkbox"/> residente provisional lícito/a | <input type="checkbox"/> inmigrante cubano/a o haitiano/a | <input type="checkbox"/> solicitante de registro |
| <input type="checkbox"/> no inmigrante | <input type="checkbox"/> calidad de acción postergada | <input type="checkbox"/> solicitante de calidad de inmigrante menor especial |
| <input type="checkbox"/> asilado/a | <input type="checkbox"/> salida obligatoria postergada | <input type="checkbox"/> amparado/a provisional especial (TPS) |
| <input type="checkbox"/> refugiado/a | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme la Ley General LIFE | <input type="checkbox"/> afectado/a por trata humana (<i>trafficking</i>) |
| <input type="checkbox"/> inmigrante condicional (otorgado antes del 1980) | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme solicitante de IRCA | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>withholding of deportation</i>) |
| <input type="checkbox"/> otra | <input type="checkbox"/> auto de vigilancia (<i>Order of Supervision</i>) | <input type="checkbox"/> solicitante de asilo, LPR, TPS o suspensión de repatriación |
| <input type="checkbox"/> no la quiero indicar | <input type="checkbox"/> permiso de presencia en los EE. UU. (<i>parole</i>) | |

¿Qué comprobantes de inmigración tiene la 4ª PERSONA?

- tarjeta de Residente Permanente I-94 Visa
 pasaporte extranjero ninguno otro: _____

Clave (número) de documento de inmigración: _____

¿Ha vivido la 2ª PERSONA en los EE. UU.
desde el 22 de agosto del 1996? Sí No

¿Es la 5ª PERSONA ciudadano/a o natural de los EE. UU.? Más información en la página D. Sí No Prefiero no contestar

Si la 5ª PERSONA —NO— es ciudadano/a de los EE. UU., ¿cuál es su *calidad migratoria*?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> residente permanente lícito/a (LPR) | <input type="checkbox"/> cónyuge, hijo o padre maltrecho/a | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>deportation</i>) o expulsión (<i>removal</i>) |
| <input type="checkbox"/> residente provisional lícito/a | <input type="checkbox"/> inmigrante cubano/a o haitiano/a | <input type="checkbox"/> solicitante de registro |
| <input type="checkbox"/> no inmigrante | <input type="checkbox"/> calidad de acción postergada | <input type="checkbox"/> solicitante de calidad de inmigrante menor especial |
| <input type="checkbox"/> asilado/a | <input type="checkbox"/> salida obligatoria postergada | <input type="checkbox"/> amparado/a provisional especial (TPS) |
| <input type="checkbox"/> refugiado/a | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme la Ley General LIFE | <input type="checkbox"/> afectado/a por trata humana (<i>trafficking</i>) |
| <input type="checkbox"/> inmigrante condicional (otorgado antes del 1980) | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme solicitante de IRCA | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>withholding of deportation</i>) |
| <input type="checkbox"/> otra | <input type="checkbox"/> auto de vigilancia (<i>Order of Supervision</i>) | <input type="checkbox"/> solicitante de asilo, LPR, TPS o suspensión de repatriación |
| <input type="checkbox"/> no la quiero indicar | <input type="checkbox"/> permiso de presencia en los EE. UU. (<i>parole</i>) | |

¿Qué comprobantes de inmigración tiene la 5ª PERSONA?

- tarjeta de Residente Permanente I-94 Visa
 pasaporte extranjero ninguno otro: _____

Clave (número) de documento de inmigración: _____

¿Ha vivido la 2ª PERSONA en los EE. UU.
desde el 22 de agosto del 1996? Sí No

¿Es la 6ª PERSONA ciudadano/a o natural de los EE. UU.? Más información en la página D. Sí No Prefiero no contestar

Si la 6ª PERSONA —NO— es ciudadano/a de los EE. UU., ¿cuál es su *calidad migratoria*?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> residente permanente lícito/a (LPR) | <input type="checkbox"/> cónyuge, hijo o padre maltrecho/a | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>deportation</i>) o expulsión (<i>removal</i>) |
| <input type="checkbox"/> residente provisional lícito/a | <input type="checkbox"/> inmigrante cubano/a o haitiano/a | <input type="checkbox"/> solicitante de registro |
| <input type="checkbox"/> no inmigrante | <input type="checkbox"/> calidad de acción postergada | <input type="checkbox"/> solicitante de calidad de inmigrante menor especial |
| <input type="checkbox"/> asilado/a | <input type="checkbox"/> salida obligatoria postergada | <input type="checkbox"/> amparado/a provisional especial (TPS) |
| <input type="checkbox"/> refugiado/a | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme la Ley General LIFE | <input type="checkbox"/> afectado/a por trata humana (<i>trafficking</i>) |
| <input type="checkbox"/> inmigrante condicional (otorgado antes del 1980) | <input type="checkbox"/> legitimidad conforme solicitante de IRCA | <input type="checkbox"/> suspensión de repatriación (<i>withholding of deportation</i>) |
| <input type="checkbox"/> otra | <input type="checkbox"/> auto de vigilancia (<i>Order of Supervision</i>) | <input type="checkbox"/> solicitante de asilo, LPR, TPS o suspensión de repatriación |
| <input type="checkbox"/> no la quiero indicar | <input type="checkbox"/> permiso de presencia en los EE. UU. (<i>parole</i>) | |

¿Qué comprobantes de inmigración tiene la 6ª PERSONA?

- tarjeta de Residente Permanente I-94 Visa
 pasaporte extranjero ninguno otro: _____

Clave (número) de documento de inmigración: _____

¿Ha vivido la 2ª PERSONA en los EE. UU.
desde el 22 de agosto del 1996? Sí No



Declaración federal de contribuciones: Indíquenos los datos contributivos del AÑO ENTRANTE para todos los solicitantes.

Persona Principal	¿Piensa declarar contribuciones federales sobre ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad contributiva: <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo/a calificado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casados-Declaraciones Separadas <input type="checkbox"/> Casados-Declaración Conjunta – Nombre de cónyuge:	
	¿Reclamará dependientes en su propia declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique nombres de dependientes:	¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:	
Persona 2ª	¿Piensa declarar contribuciones federales sobre ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad contributiva: <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo/a calificado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casados-Declaraciones Separadas <input type="checkbox"/> Casados-Declaración Conjunta – Nombre de cónyuge:	
	¿Reclamará dependientes en su propia declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique nombres de dependientes:	¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:	
Persona 3ª	¿Piensa declarar contribuciones federales sobre ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad contributiva: <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo/a calificado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casados-Declaraciones Separadas <input type="checkbox"/> Casados-Declaración Conjunta – Nombre de cónyuge:	
	¿Reclamará dependientes en su propia declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique nombres de dependientes:	¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:	
Persona 4ª	¿Piensa declarar contribuciones federales sobre ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad contributiva: <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo/a calificado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casados-Declaraciones Separadas <input type="checkbox"/> Casados-Declaración Conjunta – Nombre de cónyuge:	
	¿Reclamará dependientes en su propia declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique nombres de dependientes:	¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:	
Persona 5ª	¿Piensa declarar contribuciones federales sobre ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad contributiva: <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo/a calificado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casados-Declaraciones Separadas <input type="checkbox"/> Casados-Declaración Conjunta – Nombre de cónyuge:	
	¿Reclamará dependientes en su propia declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique nombres de dependientes:	¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:	
Persona 6ª	¿Piensa declarar contribuciones federales sobre ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calidad contributiva: <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo/a calificado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casados-Declaraciones Separadas <input type="checkbox"/> Casados-Declaración Conjunta – Nombre de cónyuge:	
	¿Reclamará dependientes en su propia declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique nombres de dependientes:	¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:	



Preparación de alimentos: Indíquenos cómo compran y preparan alimentos en su hogar.

¿Hay alguien en su domicilio que compre y prepare sus propios alimentos aparte de los demás del hogar? Sí No
De ser así, infórmenos acerca de las personas que compran y preparen sus propios alimentos:

Nombre completo [(nombre y apellido(s))]:	Edad:	Vínculo con (¿qué es de?) la PERSONA PRINCIPAL:	¿Paga gastos esta persona?	¿Qué gastos paga?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Gastos médicos anteriores:

	¿Quién?	¿Qué mes(es)?
¿Hay alguien que solicite servicios que también necesitara ayuda para pagar facturas médicas en cualquiera de los tres meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguien en esta solicitud tiene Medicare y quisiera ayuda para pagar sus primas de la Parte B del Medicare por cualquiera de los tres meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Ausencia provisional: Indíquenos las personas que vivan provisionalmente fuera del hogar y se anticipa que regresen.

Nombre completo [nombre y apellido(s)]	Fecha de partida	Fecha que anticipa regreso	Domicilio provisional	¿Por qué salió del hogar?



Residencia de todos los solicitantes: Indíquenos su residencia. Pudiera tener que comprobar su residencia.

¿Reside en Arizona cada una de las personas que solicitan beneficios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De no ser así, ¿quién no reside en Arizona?
¿Alguien de los que solicitan beneficios se mudó a Arizona en los cuatro meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? Fecha en la que se mudó a Arizona:



Preguntas para todos los solicitantes: Conteste las preguntas siguientes para todos los que soliciten beneficios.

¿Alguno de los solicitantes se encuentra al presente en una cárcel, penitenciaría o centro de detención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? ¿Purga al presente esta persona una pena porque se le condenó por un acto ilícito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha anticipada de libertad:
¿Alguien de los que solicitan beneficios quedó en libertad de una cárcel, penitenciaría o centro de detención en los cuatro meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? Fecha de libertad:



Raza u origen étnico: Escoja una o más respuestas para cada persona que solicite beneficios (opcional) (si gusta).

Raza														Si hispano/latino, compruebe el origen étnico							
Persona	Indígena Estadounidense o Alasqueño	Indio Asiático	Negro o Africano/a Estadounidense	Chino	Filipino	Guameño o Chamorro	Japonés	Coreano	Nativo Hawaiano	Otro Asiático	Otro Polinesio	Samoano	Vietnamita	Blanco	Mexicano	México – Estadounidense	Chicano	Puertorriqueño	Cubano	Otro	
Principal																					
2ª																					
3ª																					
4ª																					
5ª																					
6ª																					

Personas Indígenas Estadounidenses o Alasqueñas: Rellene esta sección para cualquier solicitante que sea indígena estadounidense o alasqueño/a.

Persona	Inscrita en tribu con reconocimiento federal	Nombre de tribu	¿Recibió servicios de • Servicios de Salud Indígena; • un programa médico tribal; • un programa médico urbano; o • por referencia de alguno de estos programas?	De no ser así, ¿tiene la persona derecho a recibir servicios?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Persona	¿Vive en una reserva?	Nombre de reserva	Clave de censo tribal
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



Preguntas sobre ayuda para pagar costos de seguros médicos, ayuda para pagar costos de Medicare y Ayuda en Efectivo: Rellene esta sección para todos los que soliciten ayuda para pagar costos de seguro, ayuda para pagar costos de Medicare y/o Ayuda en Efectivo.

¿Está embarazada alguna de las personas por las que solicita?	☐ Sí ☐ No	¿Quién?	Cantidad de bebés	Fecha anticipada de parto

Para todos los que soliciten con menos de 19 años de edad ¿viven ambos padres en el hogar? ☐ Sí ☐ No
De no ser así, rellene la información siguiente:

¿Quién?	Nombre del Padre (Primero, Apellido):	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Dirección Postal:	Ciudad, Estado:	Código postal:
	Teléfono:	Razón de la ausencia del padre: ☐ Difunto ☐ Fuera del hogar	
¿Quién?	Nombre del Padre (Primero, Apellido):	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Dirección Postal:	Ciudad, Estado:	Código postal:
	Teléfono:	Razón de la ausencia del padre: ☐ Difunto ☐ Fuera del hogar	
¿Quién?	Nombre del Padre (Primero, Apellido):	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Dirección Postal:	Ciudad, Estado:	Código postal:
	Teléfono:	Razón de la ausencia del padre: ☐ Difunto ☐ Fuera del hogar	
¿Quién?	Nombre del Padre (Primero, Apellido):	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
	Dirección Postal:	Ciudad, Estado:	Código postal:
	Teléfono:	Razón de la ausencia del padre: ☐ Difunto ☐ Fuera del hogar	

¿Alguna vez ha recibido alguno de ustedes Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income / SSI)?	☐ Sí ☐ No	¿Quién?
¿Tiene alguien cobertura de Medicare? ☐ Sí ☐ No	¿Quién?	Clave de reclamación de Medicare o de Jubilación de Ferrocarriles _____ ☐ Parte A – Seguro de Hospitales ☐ Parte B – Seguro Médico ☐ Parte D – Seguro de Recetas Médicas
	¿Quién?	Clave de reclamación de Medicare o de Jubilación de Ferrocarriles _____ ☐ Parte A – Seguro de Hospitales ☐ Parte B – Seguro Médico ☐ Parte D – Seguro de Recetas Médicas



Hogares de acogida y personas adultas con menores: Contesten las preguntas siguientes para todos los que soliciten beneficios.

¿Se encontraba alguien en Hogares de Acogida de Arizona (Arizona Foster Care) al cumplir los 18 años de edad?	☐ Sí ☐ No	¿Quién?
¿Vive alguna persona adulta con al menos una persona menor de 19 años, y que la persona adulta sea la principal cuidadora de la persona menor?	☐ Sí ☐ No	¿Quién?

Estaba alguien recibiendo cuidado de crianza del tribu cuando cumplió 18 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quien? De qué tribu?
----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------

+ \$ Otros beneficios posibles: Indíquenos lo siguiente en cuanto a todos los solicitantes para ayudarnos a determinar si la persona pudiera reunir los requisitos para obtener más beneficios.

¿Alguna de las personas por las que usted solicita, o sus cónyuges vivos o fallecidos, trabajó alguna vez para: <input type="checkbox"/> alguna dependencia gubernamental o <input type="checkbox"/> un empleador con plan de pensión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ Nombre del empleador: _____ Fechas de empleo: _____
¿Alguna de las personas por las que usted solicita • sirvió en las fuerzas armadas de los EE. UU., • es cónyuge de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los EE. UU., • es viudo/a de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los EE. UU., o • es hijo/a de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es que sí, provéenos la siguiente información: Nombre del Veterano: _____ Numero de Seguro Social del Veterano: _____ Numero de Serie de Servicio: _____ Rama de servicio: _____ Fecha de nacimiento del Veterano: _____ VA Numero de Reclamo: _____ Fechas de servicio: _____

🍎 \$ Gastos: Conteste las preguntas siguientes si alguien de su hogar solicita Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo..

¿Acaso usted o alguien de su hogar paga para que se atienda a una persona menor o adulta discapacitada para poder trabajar, buscar trabajo, capacitarse o estudiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, cantidad: \$ _____
¿Acaso usted o alguien de su hogar tiene costos de transportación desde y hasta la persona o entidad que proporciona atenciones después de clases o para personas adultas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Acaso usted o alguien de su hogar paga pensión alimenticia para menores por resolución judicial (orden de corte)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién paga? _____ Cantidad que se paga \$ _____ ¿Con qué frecuencia se paga? _____

Empleo: Indíquenos los empleos de todos, incluso los que trabajan por cuenta propia y las rentas de ingreso. Tal vez tenga que presentar comprobantes de ingreso. Si trabajara por cuenta propia, por favor, adjunte las declaraciones contributivas federales más recientes: 1040, SE y cédulas pertinentes, tales como las C, C-EZ, E, F y K1. De no tener declaraciones contributivas, adose los comprobantes de ingresos y gastos comerciales por lo menos para el mes pasado y el actual.



¿Trabaja ALGUIEN?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, indique a continuación sus datos de empleo:		
Quién	Nombre y teléfono de empleador:	Frecuencia de pago semanal, catorcena, quincena, mensual	Ingresos brutos por cheque y fecha (antes de las deducciones):	¿Cuántas horas trabaja a la semana?
¿Dejó alguien el trabajo en los treinta (30) días pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____		
¿Trabaja ALGUIEN por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ Clase de trabajo: _____ Ingreso bruto anual (antes de los gastos comerciales): \$ _____ Gastos anuales de negocio: \$ _____		
¿Ha existido el negocio por 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De no ser así, fecha de inicio de negocio: _____		
¿Hay más de una persona trabajando por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ Clase de trabajo: _____ Ingreso bruto anual (antes de los gastos comerciales): \$ _____ Gastos anuales de negocio: \$ _____		
¿Ha existido el negocio por 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De no ser así, fecha de inicio de negocio: _____		



Otros ingresos: Indíquenos otros ingresos que reciban entre todos. Tal vez tenga que presentar comprobantes de ingresos.

Clases de ingresos	¿Quién(es) lo recibe(n)?	Cantidad	Frecuencia de pago	¿Quién paga el ingreso?
¿Alguien del hogar es propietario o socio de franquicia, sociedad anónima o de responsabilidad limitada?				
Pensión de Seguro Social				
Ingreso Suplementario de Seguridad (Dinero de SSI)				
Pensión por jubilación				
Desempleo				
Indemnización obrera o por discapacidad				
Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> por resolución judicial <input type="checkbox"/> otra				
Pensión conyugal (<i>alimony</i>)				
penión de veteranos				
regalos, aportaciones o préstamos				
Ingresos tribales <input type="checkbox"/> juegos de azar <input type="checkbox"/> otros:				
Ingreso de rentas				
Pagos capitales de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías				
Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de terrenos indígenas				
Ingresos de ventas de artículos con importancia cultural				
Otros: _____				
Coteje si no hubiera más ingresos <input type="checkbox"/>				



Cambios anticipados de ingresos:

En los doce (12) meses siguientes, ¿anticipa alguien del hogar cambios en sus ingresos a causa de trabajo por temporadas o por contrato? Por favor, indíquenos únicamente los cambios que suceden con regularidad.

Sí No De ser así, ¿quién? _____
 ¿Cuántas fuentes de ingreso se espera que cambien? _____
 Nombres de fuentes: _____
 Cantidad que anticipa ganarse en los 12 meses siguientes
 \$ _____

¿Acaso alguien del hogar anticipa cambios en sus ingresos por algún otro motivo en los doce (12) meses siguientes?

Sí No
 De ser así, ¿quién? _____
 Por favor, explique: _____



Deducciones permitidas por contribuciones e ingresos: Indíquenos si alguien tiene los gastos siguientes que puedan deducirse de las contribuciones. No incluya gastos de trabajar por cuenta propia.

¿Quién tiene los gastos?	Gasto	Cantidad	Frecuencia
	Deducciones de gastos tales como jubilación y seguro que se extraen antes de las contribuciones		
	Deducciones de gastos tales como jubilación y seguro que se extraen antes de las contribuciones		
	Pensión conyugal (<i>alimony</i>)		
	Pensión conyugal (<i>alimony</i>)		
	Intereses de préstamos estudiantiles		
	Intereses de préstamos estudiantiles		
	Otras (clase) _____		
	Otras (clase) _____		



Preguntas para todos los solicitantes: Conteste las preguntas siguientes para todos los que soliciten beneficio

¿Hay alguna persona adulta por quien solicite que no pueda trabajar a causa de alguna condición física o mental que haya durado o pudiera durar 12 meses, o que pudiera causar la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? Fecha en la que dejó de trabajar: _____ Fecha anticipada de regreso a trabajar: _____
¿Hay alguna persona menor por quien solicite que tenga alguna condición física o mental discapacitante que haya durado o pudiera durar 12 meses, o que pudiera causar la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ ¿Cuándo comenzó la condición? _____
¿Alguien por quien solicite tiene menos de 65 años con una discapacidad que se anticipe que dure por lo menos 12 meses y que esté trabajando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién?
¿Alguien por quien solicite necesita que le ayuden con las actividades del diario vivir (bañarse, vestirse, etcétera) mediante ayuda personal, servicios, hogar de enfermería u otra instalación médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién?
¿Alguien por quien solicite tiene tutor(a) legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ Nombre de tutor(a) legal: _____



Ayuda Nutricional y Ayuda en Efectivo: Conteste estas preguntas si alguien solicitara Ayuda Nutricional y Ayuda en Efectivo.

¿Alguien por quien solicite es bracero/a o trabajador(a) agrícola por temporadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, tipo de trabajador(a) agrícola: _____
¿Tiene esta persona contrato o acuerdo para comenzar a trabajar en 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Trabaja esta persona por lo menos 30 horas a la semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Preguntas sobre Ayuda Nutricional y Ayuda en Efectivo: Conteste estas preguntas si la PERSONA PRINCIPAL solicita Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo. Todos pudieran recibir beneficios aunque la persona principal tuviera una condena por delito de estupefacientes. Obtenga más información en la página G.

¿Se ha determinado que alguien por quien solicite tenga ceguera o discapacidad mediante declaración de: <ul style="list-style-type: none"> la Administración del Seguro Social (SSA), o la Administración de Veteranos (VA)? 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién?
¿A alguien por quien solicite le han condenado por tener, usar o distribuir estupefacientes (sustancias controladas) del 23 de agosto del 1996 en adelante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudad y estado de sentencia: _____ Fecha de sentencia: _____ Tipo de sentencia: _____
¿Alguien por quien solicite <ul style="list-style-type: none"> anda prófugo/a de la justicia por acusaciones de delitos, o por trasgredir su régimen de libertad condicional (<i>probation</i>) o libertad penitenciaria (<i>parole</i>)? 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién?
¿A alguien le han resuelto que perpetró una Trasgresión Adrede del Programa de Ayuda Nutricional o del Programa de Ayuda en Efectivo en Arizona o en cualquier otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ ¿En qué estado? _____



Preguntas para todos los solicitantes: Conteste las preguntas siguientes para todos los que soliciten beneficios.

¿Asiste a la escuela alguno/a de los solicitantes?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, rellene los blancos a continuación:	
Quién	Nombre de escuela	Domicilio	Tiempo parcial o completo	Año escolar	Fecha de comienzo	Fecha de graduación



Gastos: Conteste las preguntas siguientes si alguien de su hogar solicitara Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo.

¿Vive en domicilio gestionado por la Secretaría de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad \$ _____
Costos mensuales de vivienda por:	Alquiler \$ _____, Hipoteca \$ _____, Impuestos \$ _____, Seguro de propietarios o inquilinos \$ _____, Otros \$ _____.	
Gastos totales mensuales de:	Gas \$ _____, Electricidad \$ _____, Agua \$ _____, Otros \$ _____	
¿Viven en vivienda con ayuda gubernamental las personas por quienes solicita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Están desamparadas (sin vivienda) las personas por las que solicita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Otros beneficios y gastos: Conteste las preguntas siguientes sobre recibir beneficios de otros estados y gastos por cualquier persona discapacitada o sobre 60 años de edad.

¿Había recibido alguien por quien solicite Ayuda Nutricional de otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ ¿Qué clase de beneficios? _____ ¿Cuándo se suspendieron los beneficios? _____ Estado y condado: _____
¿Ha recibido alguien por quien solicite Ayuda en Efectivo de otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ ¿Cuándo se suspendieron los beneficios? _____ Estado y condado: _____
¿Vive alguien por quien solicite en vivienda con ayuda para vivir o en hogar colectivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____
¿Alguien por quien solicite tiene discapacidad(es) o sobre 60 años de edad, con algún gasto médico pago o sin pagar, aunque tenga seguro médico (por ejemplo, gastos de viaje de ida y vuelta a proveedores médicos, consultas médicas, recetas, estudios de laboratorio y demás)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ Cantidad mensual promedio de gastos médicos \$ _____



Preguntas de Ayuda en Efectivo: Conteste esta pregunta para todos los menores de 19 años de edad que soliciten Ayuda en Efectivo.

Para todos los niños que están solicitando que están bajo la edad de 19 años, ¿tienen las vacunas actuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si No, quien? _____
¿Alguien por los que solicite ha recibido Ayuda en Efectivo este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿quién? _____ ¿Cuándo se suspendieron los beneficios? _____ Cuidad/estado: _____ ¿Qué clase de beneficios? _____



Recursos: Conteste las preguntas siguientes si alguien de su hogar solicita Ayuda Nutricional y/o Ayuda en Efectivo.

¿Alguien por quien solicite tiene alguna cuenta bancaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____
¿Alguien por quien solicite tiene: • efectivo, • cheques sin cambiar o • dinero en una tarjeta de crédito ya paga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____
¿Alguien por quien solicite tiene alguna: • cuenta de jubilación o • anualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ Institución financiera: _____ De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ Institución financiera: _____
¿Usted o alguien de su hogar es propietario/a o tiene a su nombre: • acciones empresariales • bonos • cuentas de mercado monetario, • certificados de depósito (CDs), • fondos en fideicomiso o • seguros de vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ Institución financiera: _____ De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ Institución financiera: _____
¿Alguien por quien solicite es propietario/a del hogar en el que vive?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ ¿En dónde?: _____
¿Alguien por quien solicite es propietario/a de vehículo (coches, camiones, botes, vehículos recreativos/RV's, etcétera)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ ¿Cuántos vehículos?: _____
¿Alguien por quien solicite es propietario/a de terrenos o edificios en cualquier parte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, valor total: \$ _____ ¿Propietario/a? _____ ¿En dónde?: _____



Sin ingresos: Si nadie tiene ingresos, explique cómo pagan sus facturas a continuación:

<input type="checkbox"/> vive(n) con amigos <input type="checkbox"/> usa(n) dinero de cuentas corrientes (de cheques) o de ahorros <input type="checkbox"/> vive(n) usando tarjetas de crédito <input type="checkbox"/> hace(n) trabajos libres Ingreso mensual \$ _____ <input type="checkbox"/> otras _____
(A) usted...: <input type="checkbox"/> recibe préstamos de otras personas <input type="checkbox"/> le da dinero otra persona <input type="checkbox"/> le paga sus facturas directamente otra persona <input type="checkbox"/> trabaja en vez de pagar alquiler De ser así, conteste los blancos siguientes: Nombre de persona que le ayuda _____ Teléfono _____ Dirección de correo electrónico (Email) _____ Si es préstamo, cantidad \$ _____ ¿Cuándo tendrá que saldarse? _____ Si es regalo, cantidad \$ _____ Si le pagan las facturas, ¿cuáles? _____ Si trabaja en vez de pagar alquiler, cantidad de alquiler \$ _____



Preguntas de Ayuda Médica: Conteste las preguntas siguientes para todos los que soliciten ayuda para pagar los costos de seguro médico y/o los costos de *Medicare*.

¿Algún(a) de los solicitantes tiene una lesión o mal debido a un accidente o impericia médica? Sí No De ser así, ¿quién?

¿Se ha internado en un hospital en la actualidad alguno/a de los solicitantes? Sí No De ser así, ¿quién?



Cobertura de seguro médico: Conteste las preguntas siguientes si alguien de su hogar solicita ayuda con costos de seguro médico, costos de *Medicare* y/o Ayuda en Efectivo.

¿Alguno/a de los solicitantes tiene otro seguro médico aparte de *AHCCCS* o *Medicare*? Sí No

De ser así, indique la información siguiente:

Nombre de asegurado/a	Nombre de aseguradora	Número de póliza	Fecha inicial de cubierta

¿En esta solicitud califica cualquier niño menor de 19 años para beneficios de salud de los empleados del Estado (incluso si deciden no inscribirse) porque? Sí No De ser así, ¿quién? _____

- Un padre o padrastro (dentro o fuera de la casa) trabaja para una agencia estatal y es elegible para el seguro de salud a través del Estado de Arizona; o
- El niño o el cónyuge del niño trabajan para una agencia estatal y es elegible para el seguro de salud a través del estado de Arizona?

¿Tiene hijos menores de 19 años que perdieron la cobertura de seguro de salud en los últimos 90 días? Si No

Si la respuesta es SI, liste el nombre de el niño(s) que perdieron la cobertura de seguro de salud:

Nombre del titular de la póliza	
Nombre de la compañía de a seguranza	
Número de grupo	
Número de póliza	
Número de teléfono de la compañía de a seguranza.	
Fecha de vencimiento	

Por qué se detuvo la cobertura del seguro de salud?

- Costaba demasiado
- La cobertura fue a través de Medicaid / CHIP, o por medio de créditos de impuesto prima anticipada (APTC), o Reducciones de Costos Compartidos
- Divorcio o de la muerte de un(los) padres
- Empleador dejó de ofrecer cobertura para dependientes
- Trabajo cambiado o terminado
- Otros:

Si el costo de seguro de salud cuesta demasiado:

- ¿Cuál es la prima mensual para cubrir una sola persona? \$ _____
- ¿Cuál es la prima mensual para cubrir la familia? \$ _____
- Un padre es elegible para un plan de salud del empleador. La prima mensual para cubrir el empleado solamente es \$ _____

¿Alguno de los niños menores de 19 años tienen una enfermedad crónica? (Condición médica que requiere tratamiento frecuente y continua, y que si no se trata adecuadamente tendrá graves repercusiones en la salud general de la persona). Sí No De ser así, ¿quién? _____



Selección de plan médico: Por favor, vea la página H para las opciones de plan para inscribirse para todos los que soliciten Ayuda Médica.

Nombre	Plan médico preferido
1ª Persona	
2ª Persona	
3ª Persona	
4ª Persona	
5ª Persona	



Créditos contributivos para seguro médico:

Si no es elegible para que le ayuden con los costos del plan médico, puede ser elegible para obtener créditos contributivos federales que le ayuden con sus primas de seguro médico. Si no es elegible para programas de AHCCCS, remitiremos sus datos al Mercado Federal de Seguros Médicos para explorar créditos contributivos para seguro médico.



Seguro en el trabajo: Indíquenos los seguros médicos que pudieran ofrecer en los trabajos.

¿Hay alguien que tenga derecho a cobertura de seguro médico que ofrezca un empleador, o adquirirá derecho a cobertura en los 60 días siguientes? Sí No No lo sé

De **SÍ** ser así, conteste las preguntas siguientes. De **NO** ser así, o de **NO SABERLO**, pase a la página siguiente.

Indíquenos el trabajo que le ofrezca cobertura de seguro médico. Si más de un empleador ofreciera planes y necesitara más espacio, por favor, añada más hojas escritas. Si necesitara que le ayudaran con la información, comuníquese con el empleador.

Nombre de empleado: _____ Clave de Seguro Social de empleado (SSN): _____

Nombre de empleador: _____ Clave patronal (EIN): _____

Domicilio patronal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Con quién pudiéramos comunicarnos en este empleador sobre cobertura de seguro médico? _____

Si estuviera en plazo de espera o a prueba para el seguro que ofrezca su empleador, ¿cuándo se podrá inscribir para obtener cobertura? _____

¿Quién tendría derecho a cobertura de este trabajo? _____

¿Ofrece su empleador un plan médico que cumpla con la norma de valor mínimo *? Sí No No lo sé

De **SÍ** ser así, conteste las preguntas siguientes. De **NO** ser así, o de **NO SABERLO**, pase a la página siguiente.

Para el plan más económico que cumpla con la norma de valor mínimo* que se ofrezca **solo al/a la empleado/a** (sin incluir planes familiares):

Si el empleador tuviera programas de bienestar, indique la prima que el/la empleado/a pagaría si recibiera el descuento máximo por programas de cese de consumo de tabaco y no recibiera más descuentos en virtud de los programas de bienestar:

¿Cuánto tendrá que pagar el/la empleado/a de primas por ese plan? \$ _____ No lo sé

¿Con qué frecuencia tendrá que pagar la prima e/la empleado/a?

semanal quincenal bisemanal mensual trimestral anual no lo sé otra: _____

¿Qué cambios hará el empleador en el nuevo año de cobertura del plan (si se sabe)?

Empleador no ofrecerá cobertura médica

Empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a empleados o cambiará la prima del plan más económico sólo para empleados que cumpla con la norma de valor mínimo*.

¿Cuánto tendrá que pagar el/la empleado/a de primas por ese plan? \$ _____ No lo sé

¿Con qué frecuencia tendrá que pagar la prima e/la empleado/a?

semanal quincenal bisemanal mensual trimestral anual no lo sé otra: _____

No lo sé

Renovación de cobertura de créditos contributivos en años futuros:

A fin de facilitarle al Mercado de Gestión Federal que determine si es elegible para que me ayuden a pagar la cobertura de salud en años futuros, me dispongo a permitirle al Mercado que use datos de ingresos, incluso datos de declaraciones contributivas. El Mercado me notificará, me permitirá hacer cambios, y podré retirarme en cualquier momento.

Sí, renueve mi determinación de derechos para los próximos: 5 años 4 años 3 años 2 años 1 año

No, no use los datos de las declaraciones contributivas para renovar mi cobertura

*Un plan médico de auspicio patronal cumple con la "norma de valor mínimo" si la porción atinente al plan del total de costos de beneficios permitidos que cubra el plan es al menos el 60% de tales costos.

Por favor vaya a la página siguiente para firmar la aplicación.

Firme la Aplicación:



La aplicación no es válida hasta que se firme. Todos los adultos no relacionados sin un niño en común deben firmar la aplicación. De otra manera, la aplicación debe estar firmada por uno de los siguientes:

- El solicitante o el designado del solicitante (debemos tener documentación indicando que esta persona está autorizada a actuar a nombre del solicitante); o
- El/la cónyuge del solicitante, si está casado/a y viviendo en el mismo hogar; o
- El padre/guardián legal de un niño menor de edad.

Advertencia de Sanción

La información proporcionada en este formulario puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales. Si cualquier información es inexacta, a usted se le pueden negar los beneficios.

- Usted no debe ocultar o dar información falsa a sabiendas con la intención de recibir o continuar recibiendo beneficios de DES y/o AHCCCS a los que usted no tiene derecho.
- A usted se le requerirá reembolsarle a DES y/o AHCCCS cualquier beneficio que usted recibe como resultado de ocultar o dar información falsa y usted estará sujeto a procesamiento penal.
- Es un fraude que cualquier persona oculte información a sabiendas con la intención de recibir o continuar recibiendo beneficios a los que él/ella no tiene derecho. Cualquier persona declarada culpable de fraude puede estar sujeta a multas, procesamiento penal, prisión u otras sanciones conforme a las leyes Estatales y Federales.

Liberación de Información

Autorizo a DES y/o AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer derechos y la exactitud de información financiera relacionada con derechos a AHCCCS.

Asignación de Derechos a Otros Beneficios para Cuidados Médicos

Entiendo que si yo o miembros de mi hogar recibimos aprobación para beneficios de DES y/o AHCCCS, DES y/o AHCCCS pueden recolectar pagos de otras partes que pueden ser responsables de pagar por mis/nuestros costos de salud. Esto incluye:

- Seguro de salud privado o patrocinado por el empleador (sin incluir Medicare)
- Personas, tales como cónyuge o padre ausente, que tienen la responsabilidad legal de proporcionar apoyo médico
- Seguro de discapacidad privado o patrocinado por el empleador
- Seguro de accidente privado o patrocinado por el empleador
- Reclamaciones de seguros, compensaciones de jurados o acuerdos legales por lesiones

Entiendo que DES y/o AHCCCS no pueden recolectar más que los costos pagados por DES y/o AHCCCS. También entiendo que debo dar información sobre posibles partes responsables y tomar cualquier acción necesaria para recibir apoyo médico. Esto incluye establecer paternidad para mis niños, a menos que yo pueda probar causa justa para no hacerlo.

Entiendo que DES y/o AHCCCS y/o sus contratistas liberarán información a DES/División de Servicios de Sustento para (DCSS), para el padre de un niño que no vive en el hogar y el niño tiene AHCCCS o seguro de salud privado. DCSS puede usar esta información para obtener una orden de apoyo médico.

Asignación de Derechos a Otros Beneficios para Asistencia en Efectivo

Las leyes estatales y federales (A.R.S. 46-407) disponen que los derechos legales de manutención de menores y manutención de cónyuges deben asignarse al Estado de Arizona para todas las personas que reciben Asistencia en Efectivo. Entiendo que:

- Al recibir Asistencia en Efectivo, el Estado tiene derecho a dejarse recolecciones de manutención de menores y manutención de cónyuges, incluyendo manutención o manutención de cónyuges que se debía mientras se pagó Asistencia en Efectivo.
- Cuando se suspende Asistencia en Efectivo, los pagos de manutención actuales me serán pagados a mí. El estado puede continuar recolectando cualquier pago para manutención asignado atrasado (atrasos asignados) que se debía antes y durante el tiempo en que recibí Asistencia en Efectivo.
- Los pagos de manutención de menores se utilizarán para pagarme al Estado por la Asistencia en Efectivo pagada a mí o a alguien en mi aplicación.
- El Estado no se dejará más de mi manutención recolectada actual o atrasos asignados que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.
- El Estado tampoco se dejará cualquier atraso que sea mayor que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.

Declaración de Verdad

Al firmar esta aplicación :

- Estoy de acuerdo en que he leído y entiendo las reglas y las sanciones en la página G que acompañan esta solicitud. He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades, y dado números de Seguro Social para cada solicitante que tiene un número de Seguro Social.
 - Estoy de acuerdo en que he leído y entiendo la asignación de derechos a otros beneficios para Cuidado Médico arriba.
 - Estoy de acuerdo en que he leído y entiendo la asignación de derechos de manutención para Asistencia en Efectivo arriba.
 - Estoy de acuerdo en que ciertos miembros del hogar con Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo cooperarán con los programas de trabajo, lo que incluye buscar trabajo y aceptar entrenamiento y/o un trabajo. Si alguien no busca trabajo, asiste a entrenamiento, o acepta un trabajo, se pueden reducir o suspender mis beneficios.
 - Estoy de acuerdo en cooperar con Personal de Arizona o Federal para completar la revisión de control de calidad de mis derechos a beneficios. Si DES o sus agentes llevan a cabo actividades de cumplimiento de manutención de menores que me involucran, entiendo que Abogados Asistentes de la Procuraduría General y de la Fiscalía del Condado se encargan de los casos representando a DES, y no yo o mis niños.
 - Si el caso de manutención de menores va al tribunal, entiendo que cierta información personal que contiene esta aplicación o mis archivos de DES puede ser dada al tribunal y a otras partes del caso y convertirse en un documento de registro público.
 - También estoy de acuerdo aquí en aceptar servicio de proceso por correo de primera clase sobre cualquier proceso de paternidad o manutención de menores que inicien DES y sus agentes.
 - Entiendo que mis documentos se mantendrán confidenciales y que sólo se liberarán para fines autorizados por la ley federal y estatal.
- Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos proporcionados sobre mí y las personas en mi hogar, que se relacionan con mis derechos a beneficios, son verdaderos y correctos a mi mejor saber, y que no he ocultado ninguna información. Juro bajo pena de perjurio que cualquier información fotocopiada que he proporcionado es la misma que los documentos originales.
- Entiendo que puedo ser requerido a pagar una prima si estoy inscrito en el programa de KidsCare o de Libertad para trabajar.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____

Firma de Otro Adulto en el Hogar: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Firma de Testigo (si firmó con una marca): _____

Inscripción de Votantes:



Indíquenos si alguna persona de más de 18 años de edad que aparezca en esa solicitud quisiera empadronarse para votar.

Si usted no está empadronado para votar donde usted actualmente vive, ¿le conviniera solicitar empadronamiento para votar hoy día aquí mismo? Por favor, pase a la última hoja adjunta a esta solicitud, que es la forma de *Oferta de empadronamiento*. Lea la información, marque que “sí” o que “no”, y ponga su firma y la fecha en donde se indica en la forma.

La cantidad de ayuda que esta oficina le va a proveer no será afectada por su decisión de empadronarse para votar o de no empadronarse para votar.

Si usted no marca ninguna de las respuestas, se considerará que usted hizo la decisión de no empadronarse para votar hoy día.

Si usted necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de empadronamiento, nosotros estamos dispuestos a ayudarlo. La decisión de procurar o aceptar ayuda es suya. Se le permite completar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien se ha impedido con su derecho de empadronarse para votar o de no empadronarse para votar, su derecho a privacidad en decidiendo de empadronarse o en solicitar empadronamiento para votar, o su derecho de seleccionar su propio partido político u otra preferencia política, usted puede entablar su queja con: State Election Director, Secretary of State's Office, 1700 West Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-8683.

Usted también puede tener acceso a un formulario para inscripción de votantes en:

www.azsos.gov/election/voterinformation.htm .

Someta la Aplicación:



Someta su aplicación completa y firmada junto con cualquier documento verificación al:

Arizona Department of Economic Security
Family Assistance Administration
P.O. Box 19009
Phoenix, Arizona 85005-9009

Si se necesita cualquier información adicional, nos comunicaremos con usted.
Usted recibirá notificación sobre nuestra decisión.

Se le prohíbe a esta institución que discrimine por motivo de raza, tez (color de la piel), origen nacional, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos, por religión o creencias políticas.

La Secretaría Federal de Agricultura (*United States Department of Agriculture*) también prohíbe el discrimen contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivo de raza, tez (color de la piel), origen nacional, discapacidad, sexo, identificación sexual o de género, religión, represalias y, en lo que resulte pertinente, creencias políticas, estado civil, estado familiar, estado de paternidad o maternidad, orientación sexual, si parte de o todos los ingresos de alguna persona se originan de algún programa de ayuda pública, o información genética protegida para empleo o en cualquier actividad o programa que lleve a cabo o a la que aporte fondos la Secretaría. (No todos los fundamentos protegidos serán pertinentes en todos los programas y/o en todas las actividades de empleo.)

Si deseara radicar una queja por discrimen en programas conforme la Secretaría Adjunta de Derechos Civiles ante la Secretaría Federal de Agricultura (*USDA*), rellene la forma de queja por discrimen en programas de la Secretaría (*USDA Program Discrimination Complaint Form*), que se encuentra en la página de Internet http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o pídala en cualquier oficina de la Secretaría, o llame al (866) 632-9992 para pedir la forma. También pudiera escribir una carta que contuviera toda la información que pide la forma. Envíenos por correo su queja rellena o su carta a:

U.S. Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

O envíela por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades para oír o con discapacidades del habla podrán comunicarse con la Secretaría mediante el Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339; o en español mediante el (800) 845-6136.

Para toda otra información que tenga que ver con asuntos del Programa de Ayuda Suplementaria de Alimentación (*Supplemental Nutrition Assistance Program / SNAP*), las personas deberán comunicarse a la Línea Directa (*Hotline*) del Programa USDA al (800) 221-5689, que también funciona en español, o llamarle a la línea de Información y Teléfonos Directos Estatales (*State Information/Hotline Numbers*). La lista de teléfonos directos para cada estado se encuentra en Internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para radicar una queja de discrimen sobre un programa que reciba ayuda económica federal mediante la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services / HHS*), escriba a:

HHS Director
Office for Civil Rights
Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

O llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

La Secretaría Federal de Agricultura y la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Available in English on-line or at the local office.

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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 AHCCCS 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: General Counsel, AHCCCS Administration, Office of Administrative Legal Services, MD 6200, 701 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 Fax: 602 253 9115 Email: EqualAccess@azahcccs.gov. 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/portal/lobby.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: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AHCCCS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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 AHCCCS General Counsel. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Su querrela deberá presentarse por escrito en plazo de 180 días a partir de la fecha en la que la persona que se querelle se percate de lo que le parezca ser discrimen. Remita su querrela a: General Counsel, AHCCCS Administration, Office of Administrative Legal Services, MD 6200, 701 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 o envíela por fax a: 602 253 9115 o envíela por correo electrónico (Email) a: EqualAccess@azahcccs.gov. 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>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-432-7587 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánilti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-855-432-7587 (TTY: 711)

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)。

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).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-432-7587 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-432-7587 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-432-7587 (ATS : 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-432-7587 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-432-7587 (телетайп: 711).

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。

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).

توجّه: جي به زبان فارسي گفتگو مي ڪنيد، تسهيلات زباني بصورت رايجان براي شما فراهم مي باشد. با 1-855-432-7587 (TTY:711) تماس بگيريد.
1-855-432-7587 (TTY: 711) جلد چيٽڪل

توجّه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-432-7587 (TTY:711) تماس بگیرید.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-432-7587 (TTY:711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-432-7587 (TTY: 711).

¡Gracias por solicitar!

FORMA DE OFERTA DE EMPADRONAMIENTO

La *Oferta de empadronamiento* es la próxima (y última) hoja. Por favor, léala, conteste que “sí” o que “no”, firme en donde dice “Firma de cliente” y escriba la fecha.

NVRA-5 (English)

OFFER OF VOTER REGISTRATION

Applying to register to vote or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote today? Yes No

IF YOU DO NOT MARK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. You may take the form with you and mail it to the county recorder yourself or you may complete the registration here and deposit it in the box provided.

If you choose to register to vote here, the information regarding the agency where the registration took place will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you choose not to register to vote at this time, that information will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.

Signature of Client (*or initials of staff person*)

Date

If you believe that someone has interfered with your right to register to vote or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register to vote or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

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

NVRA-5 (Spanish)

PROPOSICIÓN DE EMPADRONAMIENTO

La cantidad de ayuda que esta oficina le va a proveer no será afectada por su decisión de empadronarse para votar o de no empadronarse para votar.

Si usted no está empadronado para votar donde usted actualmente vive, ¿le conviniere solicitar empadronamiento para votar hoy día aquí mismo?

Si No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS RESPUESTAS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HIZO LA DECISIÓN DE NO EMPADRONARSE PARA VOTAR HOY DÍA.

Si usted necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de empadronamiento, nosotros estamos dispuestos a ayudarle. La decisión de procurar o aceptar ayuda es suya. Se le permite completar el formulario de solicitud en privado. Usted tiene la opción de llevarse el formulario consigo y regresarlo por correo al registrador del condado o usted puede completar su empadronamiento aquí y depositarlo en el depósito que se proporciona.

Si usted se decide a empadronarse para votar, la información tocante la oficina donde se efectuó el empadronamiento permanecerá confidencial y se usará únicamente para los propósitos de empadronamiento de votantes.

Firma del Cliente (*o iniciales del miembro del personal*)

Fecha

Si usted cree que alguien se ha impedido con su derecho de empadronarse para votar o de no empadronarse para votar, su derecho a privacidad en decidiendo de empadronarse o en solicitar empadronamiento para votar, o su derecho de seleccionar su propio partido político u otra preferencia política, usted puede entablar su queja con:

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