



Solicitud para los Programas de Prestaciones Médicas de AHCCCS y División de Costos de Medicare



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

Si usted tiene más de 65 años, está ciego o discapacitado o si tiene derecho a Medicare, use esta solicitud para solicitar los programas de Prestaciones Médicas de AHCCCS y División de Costos de Medicare o los dos.

¿Cómo puedo calificar para las Prestaciones Médicas de AHCCCS?

Sus ingresos mensuales no pueden exceder \$903 para una persona o \$1,215 para una pareja (después de la deducción estándar de \$20 y otras deducciones permitidas si usted tiene ingresos ganados o hijos dependientes o las dos cosas). Usted debe ser residente del estado de Arizona y ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid. Debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición. Si usted tiene menos de 65 años y no recibe ingresos por discapacidad del Seguro Social, entonces la determinación de discapacidad formará parte del trámite de su solicitud.

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

Medicamentos de receta	Suministros médicos	Atención médica de emergencia
Consultas médicas	Aparatos protésicos	Atención dental de emergencia
Servicios de laboratorio y radiografías	Dentadura postiza médicamente necesaria	Transporte de emergencia
Servicios de hospital	Transporte médicamente necesario	
Cuidado de la salud de la conducta	Cuidado de especialista médicamente necesario	

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

Si usted recibe o tiene derecho a Medicare Parte A y recibe o tiene derecho a Medicare Parte B, use esta solicitud para pedir ayuda con su(s) prima(s), pagos compartidos y deducibles de Medicare.

Hay cuatro programas de la División de Costos de Medicare. Cada uno tiene diferentes límites de ingresos y diferentes prestaciones.

Programa División de Costos de Medicare →	Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)	Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos (SLMB)	Persona Calificado – 1 (QI-1)
Requisitos generales de elegibilidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Usted debe ser residente del estado de Arizona. • Usted debe ser ciudadano estadounidense o extranjero que cumple con los requisitos de Medicaid. • Usted debe solicitar las prestaciones de pensión, discapacidad o jubilación si potencialmente están a su disposición. 		
Límites de ingresos mensuales (después de las deducciones permitidas):	\$0 - \$903 (Persona) \$0 - \$1,215 Pareja)	\$903.01 - \$1,083 (Persona) \$1,215.01 - \$1,457 (Pareja)	\$1,083.01-\$1,219 (Persona) \$1,457.01-\$1,640 (Pareja)
Requisitos específicos:	Recibe o tiene derecho a Medicare Parte A	Recibe Medicare Parte A	Recibe Medicare Parte A
¿Qué es la prestación?:	<ul style="list-style-type: none"> • Paga su prima de Medicare Parte B • Paga su prima de Medicare Parte A (si no es gratuita) • Paga su coseguro de Medicare • Paga sus deducibles de Medicare.* 	<ul style="list-style-type: none"> • Paga su prima de Medicare Parte B 	<ul style="list-style-type: none"> • Paga su prima de Medicare Parte B
<p>* Si usted está inscrito con una HMO de Medicare, sus pagos compartidos también serán pagados. Si elige cobertura adicional de alguna HMO de Medicare, usted será responsable de las primas y los costos adicionales.</p>			

¿Cuánto le Cuesta el Seguro de Salud de AHCCCS?

Pagos complementario

Un pago complementario es la cantidad que usted le paga a un proveedor de cuidados de salud cuando usted recibe un servicio médico. La cantidad de sus pagos complementarios variará dependiendo del programa de AHCCCS en el que usted esté inscrito/a.

Los pagos complementarios por servicios son los siguientes:

- Visitas al doctor \$0 a \$1
- Uso de la Sala de Emergencias para un uso que no es de emergencia \$0 a \$1

¿Cómo trabaja el Seguro de Salud de AHCCCS?

Si usted recibe aprobación para Seguro de Salud de AHCCCS, usted recibirá sus cuidados de salud de un Plan de Salud de AHCCCS a menos que:

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

¿Cómo funciona un Plan de Salud?

- El plan de salud trabaja con los proveedores de cuidados de salud (doctores, hospitales, farmacias, etc.) para suministrar todos los servicios que están cubiertos por AHCCCS.
- El plan de salud le enviará un manual para miembros en cuanto usted esté inscrito/a.
- Usted puede llamar al plan de salud si tiene cualquier pregunta sobre sus beneficios o servicios o si necesita acomodo especial debido a una discapacidad o los servicios de un intérprete. Puede encontrar el número de teléfono para servicios a miembros o clientes en su Tarjeta de Identificación de AHCCCS y en su Manual para Miembros.

Su Doctor Principal y Especialistas

- Usted debe seleccionar su doctor principal o si no se le asignará uno.
- Una vez inscrito/a, usted recibirá una lista de doctores principales en su área de su plan de salud.
- Su doctor principal:
 - Se encargará de sus cuidados de salud.
 - Será la primera persona a la que usted vaya para recibir cuidados médicos que no sean de emergencia.
 - Será responsable de autorizarle sus servicios médicos que no son de emergencia.
 - Lo/la enviará a ver a un especialista cuando esto sea necesario.
- Usted tiene el derecho de cambiar su doctor principal en cualquier momento llamando a los servicios para miembros o clientes de su Plan de Salud.

¿Cómo puedo obtener Servicios de Salud Mental?

- Usted puede hacerlo por medio de su doctor principal, o
- Llame al teléfono para salud mental que aparece en su Tarjeta de Identificación de AHCCCS.

Su Tarjeta de Identificación de AHCCCS

- Su Tarjeta de Identificación de AHCCCS tiene su número de Identificación de AHCCCS único.
- Presente la tarjeta cuando usted obtenga cuidados médicos (puede ser que usted necesite enseñar también una identificación con foto).
- Doctores, hospitales y farmacéuticos usan su Tarjeta de Identificación de AHCCCS para obtener verificación de sus derechos en forma más rápida.
- Lleve su Tarjeta de Identificación de AHCCCS con usted todo el tiempo.
- Guarde su Tarjeta de Identificación de AHCCCS en un lugar seguro.
- No deje que nadie más use su Tarjeta de Identificación de AHCCCS o sera perjudicado.

I. ¿Qué pasa si yo tengo Medicare u otro seguro de salud?

- Asegúrese de informarle a su plan de salud que usted tiene Medicare o cualquier otro seguro de salud.
- Si su doctor no tiene un contrato con un plan de salud de AHCCCS, su doctor debe llamar al plan de salud de AHCCCS para coordinar los cuidados o usted puede ser responsable de cualquier pago suplementario o deducibles de Medicare o de otro seguro de salud.
- Si usted está en un HMO, usted debe seleccionar un doctor que trabaje tanto para su HMO como para su plan de salud de AHCCCS.
- Si usted tiene Medicare, su cobertura de medicamentos recetados bajo AHCCCS está limitada. Si usted tiene preguntas sobre medicamentos recetados, llame al 1-800-MEDICARE (633-4227), o a su plan de salud de AHCCCS.

¿Puedo solicitar los dos programas Prestaciones Médicas de AHCCCS y División de Costos de Medicare?

Sí. Si usted tiene derecho, puede recibir prestaciones de Prestaciones Médicas de AHCCCS y Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) a la vez.

¿Quién puede llenar la solicitud?

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

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

- Marque **SÍ** o **NO** en la solicitud donde le pregunta si solicita Prestaciones Médicas de AHCCCS o ayuda para pagar los costos de Medicare. Usted puede contestar **SÍ** a cualquiera de las preguntas o a las dos.
- Conteste todas las preguntas de las páginas 1 a 3.
- Si usted necesita más espacio, adjunte hojas adicionales para proporcionar todos los detalles pedidos.
- Lea la página C para una explicación de sus derechos y responsabilidades y sobre la provisión de su número del seguro social.
- Firme la solicitud.
- **Adjunte toda la verificación pedida cuando envíe la solicitud.**
- Guarde esta página cubierta y la última, luego lleve o envíe por correo las páginas 1 a 4 a la oficina más cercana del Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS). La dirección y el teléfono de las oficinas del ALTCS aparecen en la página 6.
- Si usted solicita las Prestaciones Médicas de AHCCCS, lea la página D y escoja algún plan médico de AHCCCS.
- **Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos programas o si necesita ayuda para llenar la solicitud, favor de llamar a la oficina del ALTCS más cercana a usted.**
 - Si usted está llamando desde los códigos de áreas (480, 602 ó 623) marque (602) 417-5010 y escoja la opción 5.
 - Si usted está llamando desde los códigos de áreas (520, 760 ó 928) marque el número gratis 1-800-528-0142.

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

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS SOLICITANTES/RECEPTORES

Usted tiene el **DERECHO** a:

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

Usted tiene la **RESPONSABILIDAD** de:

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

Si usted tiene derecho usted **DEBE**:

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

SUMINISTRAR NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL

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

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

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

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

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

Cómo Seleccionar un Plan de Salud

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

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

CONDADO APACHE

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Plan	928-729-8000

Si su código postal es 85943, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Navajo.

CONDADO COCHISE

University Family Care.....	1-800-582-8686
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
American Indian Health Plan	520-295-2479

CONDADO COCONINO

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Plan	928-283-2501

Si su código postal es 86336 ó 86340, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Yavapai.

CONDADO GILA

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
University Family Care.....	1-800-582-8686
American Indian Health Plan	928-475-2371

CONDADO GRAHAM

University Family Care.....	1-800-582-8686
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
American Indian Health Plan.....	928-475-2686

Si su código postal es 85643, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Cochise.

CONDADO GREENLEE

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

CONDADO LA PAZ

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

CONDADO MARICOPA

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Care 1st	1-866-560-4042
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
Arizona Physicians, IPA.....	1-800-348-4058
Mercy Care Plan	1-800-624-3879
Maricopa Health Plan.....	1-800-582-8686
American Indian Health Plan	602-263-1200

CONDADO MOHAVE

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

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

CONDADO NAVAJO

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Plan	928-338-4911

CONDADO PIMA

Arizona Physicians, IPA	1-800-348-4058
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
University Family Care	1-800-582-8686
American Indian Health Plan	520-295-2479

Si su código postal es 85645, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Santa Cruz.

CONDADO PINAL

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
University Family Care	1-800-582-8686
American Indian Health Plan	520-562-3321

Si su código postal es 85342 ó 85220, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa. Si su código postal es 85292 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Gila.

CONDADO SANTA CRUZ

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

CONDADO YAVAPAI

Phoenix Health Plan	1-800-747-7997
Bridgeway	1-866-475-3129
American Indian Health Plan	602-263-1200

Si su código postal es 85342, 85358 ó 85390, usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa. Si su código postal es 86351 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Coconino.

CONDADO YUMA

Arizona Physicians, IPA	1-800-348-4058
Health Choice Arizona	1-800-322-8670
American Indian Health Plan	760-572-4100

IMPORTANTE

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

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

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

- Nombre
- Sexo (masculino o femenino)
- Fecha de nacimiento, y
- Número de Seguro Social de todas las personas por las que usted solicitó.

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



AHCCCS is
Arizona's
Medical
Assistance
Program
(Medicaid)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AHCCCS



PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA	Fecha presentada
---	------------------

¿Solicita Ud. Prestaciones Médicas de AHCCCS? SÍ NO

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

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	ACN:
-----------------------------	------

Nombre	MI	Apellido	Número del Seguro Social
Fecha de nacimiento	Edad	Ud. es: <input type="checkbox"/> Hombre o <input type="checkbox"/> Mujer	Num. de reclamación de Medicare
Domicilio		Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado
Número de teléfono del hogar	Número de teléfono del trabajo	Número para dejar recados	Correo electrónico
Grupo étnico (no afecta la elegibilidad) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____			
Marque su estado civil actual:		Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Fecha de vigencia del estado civil actual:
Si es casado, ¿Ud. y su cónyuge viven juntos?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser NO, fecha de separación:

SI OTRA PERSONA LO REPRESENTA Y LLENA ESTA SOLICITUD POR USTED, CONTESTE LO SIGUIENTE:

Nombre y apellido del representante	Parentesco del representante	Número de teléfono del representante	Correo electrónico
Dirección postal del representante: Calle		Ciudad, Estado	Código postal

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE, si viven juntos	ACN:
--	------

Nombre y apellido del cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge	Número De la Seguridad Social Del Esposo
¿Solicita su cónyuge prestaciones Médicas de AHCCCS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si se aplica, Número de la demanda de Seguro de enfermedad del esposo
¿Solicita su cónyuge ayuda para pagar los costos de Medicare? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si está solicitando, indique el grupo étnico del cónyuge <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana		
Opcional (no afecta la elegibilidad) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____		

INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS DEPENDIENTES

¿ Vive con Ud. algún hijo soltero menor de los 18 años de edad o alguno menor de los 22 años que es estudiante?
 SÍ NO De ser SÍ, anótelos) abajo. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con la información pedida.

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

INFORMACIÓN NO FINANCIERA	Solicitante	Cónyuge (si solicita)
---------------------------	-------------	-----------------------

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

INFORMACIÓN FINANCIERA - INGRESOS

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

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

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

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

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

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

PRESTACIONES POTENCIALES

¿Es veterano usted o su cónyuge? SÍ NO ¿Es Ud. viudo/a de veterano? SÍ NO

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

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

Nombre	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Fecha de muerte
Fechas de empleo o del servicio militar o de los dos		Dirección del empleador	
Empleador, cuerpo militar			

COBERTURA MÉDICA

¿Tiene seguro médico Ud. o su cónyuge aparte de Medicare? SÍ NO
 De ser SÍ, llene la información abajo y ENVÍE UNA COPIA DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO.

Nombre de la compañía de seguros			¿A quién cubre el seguro?	
¿Tiene Ud. o su cónyuge alguna lesión o enfermedad que resultó de un accidente (de peatón, automovilístico, con otro vehículo, en el trabajo, etc.)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO De ser SÍ, llene los puntos abajo				
Nombre	Tipo de Lesión	Fecha de la Lesión	Nombre y dirección del Seguro o de la compañía responsable de los costos médicos debidos a la lesión	<input type="checkbox"/> Referencia por lesión formulario (DE-124) Fecha: _____

Si tengo derecho a las Prestaciones Médicas de AHCCCS o los QMB, acepto asignar a AHCCCS todos los derechos a pagos de terceros para los gastos médicos, incluyendo el seguro médico, al punto que los costos sean pagados por AHCCCS. _____
(inicial)

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO CALIFICADO

Lugar de nacimiento		País de origen	
<input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy ciudadano o nacional de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy extranjero con estado migratorio satisfactorio. Estoy presente en los Estados Unidos con el permiso y conocimiento del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) y que mi: Número de registro de extranjero es: _____ Fecha de entrada es: _____			
Firma del solicitante	Fecha	Firma del testigo, si el solicitante firma con marca	Fecha

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO CALIFICADO (PARA EL CÓNYUGE SI TAMBIÉN SOLICITA)

Lugar de nacimiento del cónyuge		País de origen del cónyuge	
<input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy ciudadano o nacional de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Declaro bajo pena por perjurio que soy extranjero con estado migratorio satisfactorio. Estoy presente en los Estados Unidos con el permiso y conocimiento del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) y que mi: Número de registro de extranjero del cónyuge es: _____ Fecha de entrada del cónyuge es: _____			
Firma del cónyuge, si solicita	Fecha	Firma del testigo, si el cónyuge firma con marca	Fecha

SI USTED O SU CÓNYUGE NACIÓ FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS, ADJUNTE UNA COPIA DE SU ACTA DE NATURALIZACIÓN O DOCUMENTACIÓN DEL ESTADO MIGRATORIO EMITIDA POR EL SERVICIO DE INMIGRACIÓN Y NATURALIZACIÓN (INS).

Si usted no está inscrito/a para votar donde usted vive ahora, ¿le gustaría inscribirse para votar? No Sí Ya estoy inscrito/a Si usted no marca que Sí, se considerará que usted ha decidido no inscribirse para votar en este momento.

Si usted marca que sí, le enviaremos por correo la solicitud de inscripción para votar o usted puede visitar www.azsos.gov/election/voterInformation.htm en la internet (la mayoría de las bibliotecas públicas tienen acceso gratis a la internet). Si usted desea que lo/la ayuden a llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha obstaculizado su derecho de inscribirse o declinar inscribirse para votar, su derecho a privacidad al decidir si inscribirse o solicitar inscribirse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentarle una queja a:

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

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

ADVERTENCIA DE PENALIDAD

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

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

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

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a AHCCCS que investigue y se comunique con todas las fuentes necesarias para establecer mi elegibilidad y la exactitud de la información financiera relacionada con la elegibilidad para AHCCCS. Si tengo derecho, acepto que AHCCCS divulgue la información de elegibilidad a Blue Cross/Blue Shield u a otro intermediario para determinar los pagos de la División de Costos de Medicare.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD

Yo juro o afirmo bajo pena por perjurio que las declaraciones orales o escritas hechas con relación a las personas de mi hogar, mis ingresos y otros puntos relacionados con mi elegibilidad para las Prestaciones Médicas de AHCCCS o las prestaciones del programa de la División de Costos de Medicare, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender y que las fotocopias provistas son iguales a sus originales. He leído y entendido la advertencia de penalidad. He leído y entendido mis derechos y responsabilidades y proporciono los números del Seguro Social al dorso de esta hoja. Además acepto cooperar con el personal federal o de Arizona para cumplir con una evaluación del control de calidad con relación a mi derecho de recibir Prestaciones.

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

ELECCIÓN DEL PLAN MÉDICO

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

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

PARA USO DE LA OFICINA

OFICINAS ALTCS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

SSI MAO

801 E. Jefferson, MD 3800
Phoenix, AZ 85034

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

CASA GRANDE

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

CHINLE

DCI Shopping Center
US Highway 191, PO Box 1942
Chinle, Arizona, Navajo Nation, 86503
(928) 674-5439 (area codes 520, 760, or 928)
1-888-800-3804 (area codes 602, 480, or 623)

COTTONWOOD

1 North Main Street
Cottonwood, Arizona 86326
(928) 634-8101 (area codes 520, 760, or 928)

FLAGSTAFF

3480 East Route 66
Flagstaff, Arizona 86004
(928) 527-4104 (area codes 520, 760, or 928)
1-800-540-5042 (area codes 602, 480, or 623)

GLENDALE

2830 West Glendale Avenue, Suite 34
Phoenix, Arizona 85051
(602) 417-6000 (area codes 602, 480, or 623)
1-800-528-0142 (area codes 520, 760, or 928)

GLOBE/MIAMI

Cobre Valle Plaza
2250 Highway 60, Suite H
Miami, Arizona 85539-9700
(928) 425-3165 (area codes 520, 760, or 928)
1-888-425-3165 (area codes 602, 480, or 623)

KINGMAN

519 East Beale Street, Suite 150
Kingman, Arizona 86401
(928) 753-2828 (area codes 520, 760, or 928)
1-888-300-8348 (area codes 602, 480, or 623)

LAKE HAVASU CITY

285 South Lake Havasu Avenue
Lake Havasu City, Arizona 86403
(928) 453-5100 (area codes 520, 760, or 928)
1-800-654-2076 (area codes 602, 480, or 623)

MESA

460 North Mesa Drive, Suite 101
Mesa, Arizona 85201
(602) 417-6400 (area codes 602, 480, or 623)
1-800-528-0142 (area codes 520, 760, or 928)

PHOENIX

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

PRESCOTT

1570 Willow Creek Road
Prescott, Arizona 86301
(928) 778-3968 (area codes 520, 760, or 928)
1-888-778-5600 (area codes 602, 480, or 623)

SHOWLOW

580 East Old Linden Road, Suite 3
Showlow, Arizona 85901
(928) 537-1515 (area codes 520, 760, or 928)
1-877-537-1515 (area codes 602, 480, or 623)

SIERRA VISTA

484 East Wilcox Drive
Sierra Vista, Arizona 85635
(520) 459-7050 (area codes 520, 760, or 928)
1-888-782-5827 (area codes 602, 480, or 623)

TUCSON

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

YUMA

3850 West 16th Street, Suite B
Yuma, Arizona 85364
(928) 782-0776 (area codes 520, 760, or 928)