

Dirección:

Para iniciar el proceso de solicitud, puede llamarnos al 888-621-6880 (número gratuito) o registrar una solicitud en línea en Health-e-Arizona Plus. También puede completar este formulario y devolverlo utilizando uno de los métodos que se encuentran en la página 4 de este formulario de solicitud. La información faltante o incompleta puede causar un retraso en el procesamiento de su solicitud. Las preguntas en texto negro oscuro deben ser respondidas para que podamos registrar la solicitud.

**Información del/de la solicitante**

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

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

Nombre del/ de la Representante Autorizado/a del/ de la Cliente):	Relación con el/la Solicitante:
Fecha de nacimiento del representante (opcional):	Nombre de la Organización Representativa (cuando corresponda):
Nombre del/de la Tutor/Conservador/a legal del/de la Cliente:	Relación con el/la Solicitante:

Domicilio autorizado para recibir correo del/de la Representante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

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

**Vivienda Actual del Cliente**

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

**Alojamientos para cartas impresas**

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

**Preguntas Adicionales**

¿El/la cliente necesita ayuda para pagar gastos médicos de los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuales meses?
¿Esta embarazada la person que ne necesita ayuda con los gastos médicos o tuvo un embarazo en los últimos 5 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ya recibe servicios el cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo [DES Division of Developmental Disabilities]?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es asi, la fecha que comenzaron los servicios:

<b>Antes de los 18 años de edad, ¿se le diagnosticó al cliente alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque todo lo que corresponda.</b>	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual/Cognitivo <input type="checkbox"/> Síndrome Down <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones
<b>Si el cliente tiene menos de 6 años, ha sido diagnosticado el cliente con retraso del desarrollo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Es el/cliente fideicomitente, fideicomisario/a, o beneficiario/a de alguna clase de fideicomiso?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Ha vendido, cambiado, trasladado o regalado bienes el cliente durante los últimos cinco años?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

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

### CÓMO USAREMOS SUS DATOS

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

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

<b>Nombre de la persona que rellena la forma:</b>	<b>Número de teléfono:</b>
---	----------------------------

La persona que relleno esta forma es el/la:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Arizona Long Term Care System (ALTCS)**

llamada (número gratis): 888-621-6880

**Una solicitud de solicitud completada también puede ser devuelta por:**

- **En línea:** Health-e-Arizona Plus
- **Fax (número gratis):** 888-507-3313
- **Correo Electrónico:** [altcsregistration@azahcccs.gov](mailto:altcsregistration@azahcccs.gov)
- **Correo:** ALTCS  
150 N. 18th Ave  
MD 3900  
Phoenix, AZ 85007

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

<b>CHINLE</b> Tseyi Shopping Center Hwy 191 Chinle AZ 86503	<b>PHOENIX</b> 150 N. 18th Ave Phoenix AZ 85007
<b>FLAGSTAFF</b> 2717 N Fourth St Ste 130 Flagstaff AZ 86004	<b>TUCSON</b> 7202 E Rosewood St Ste 125 Tucson AZ 85710
<b>KINGMAN</b> 2400 Airway Ave Kingman AZ 86409	<b>YUMA</b> 1800 E Palo Verde St Yuma AZ 85365