



# PETICIÓN PARA SOLICITUD DE SERVICIOS AHCCCS LONG TERM CARE



Para comenzar el proceso de solicitud, complete este formulario y devuélvalo utilizando uno de los métodos que se encuentran en la página 4 de esta petición de solicitud.

## Información del/de la solicitante

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

## Información sobre el/la Representante Autorizado/a y el/la Tutor/Conservador/a Legal

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

### Vivienda Actual del Cliente

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

### Alojamientos para cartas impresas

¿El cliente, representante autorizado o guardián legal tiene una discapacidad visual que requiere un formato alternativo para cartas impresas?  
 No     Si    Si es que si, quien necesita la acomodación:

Si es que si, cual tipo de formato alternativo necesita? Por favor, elija una opción:  
 PDF legible mandado por correo electrónico seguro  
 Cartas con letras grandes mandadas por el correo US serán proveídas en Font Arial 24.  
 Otro:

### Preguntas Adicionales

¿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 así, la fecha que comenzaron los servicios: _____
Antes de que tuviera 18 años de edad el/la solicitante fue diagnosticado/a con:	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual/Cognitivo <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones
<b>Si el cliente tiene menos de 6 años, ha sido diagnosticado</b> el cliente con retraso del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es el/cliente fideicomitente, fideicomisario/a, o beneficiario/a de alguna clase de fideicomiso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha vendido, cambiado, trasladado o regalado bienes el cliente durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

¿Cuáles días y horas le convienen más para completar la entrevista?

Lunes      Hora:  
 Martes      Hora:  
 Miércoles      Hora:  
 Jueves      Hora:  
 Viernes      Hora:

Necesita interprete la persona que completará la entrevista?  Sí     No  
Si es así, en qué idioma? \_\_\_\_\_

En caso de que se necesite una visita al hogar, suministre la siguiente información:  
Dirección o lugar para visita al hogar: \_\_\_\_\_

Intersecciones de calles principale: _____ (si la casa está en zona rural, tenga la bondad de incluir un mapa)		
Nombre de la Persona que está Completando el Formulario	Relación con el/la Solicitante	Fecha

### 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 pue proporcionen alguno.) Por lo tanto, si no proporcionara información personal, pudiera no reunir los requisitos (no resultar elegible) para obtener los beneficios.

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

La persona que relleno esta forma es el/la:

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

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

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

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

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

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.

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.

**Devuelva la petición de solicitud completa utilizando uno de los métodos siguientes:**

**Correo:**

Centralized Support Unit  
801 East Jefferson MD 3900  
Phoenix, Arizona 85034

**Fax:**

1-888-507-3313

**Llevar a una oficina de ALTCS**

**CASA GRANDE**

201 E Cottonwood Lane  
Suite 2  
Casa Grande, Arizona 85122  
Phone: 520-421-1500  
Toll Free: 1-855-277-0260

**PHOENIX**

801 East Jefferson  
Phoenix, Arizona 85034  
Phone: 602-417-6600

**CHINLE**

Tseyi Shopping Center, Hwy 191  
Chinle, Arizona, 86503  
Phone: 928-674-5439  
Toll Free: 1-888-800-3804

**PRESCOTT**

3262 Bob Drive  
Suite 11  
Prescott Valley, Arizona 86314  
Phone: 928-778-3968  
Toll Free: 1-888-778-5600

**COTTONWOOD**

1500 E. Cherry Street  
Suite I  
Cottonwood, Arizona 86326  
Phone: 928-634-8101  
Toll Free: 1-855-873-0393

**TUCSON**

1010 North Finance Center Drive  
Suite 201  
Tucson, Arizona 85710  
Phone: 520-205-8600  
Toll Free: 1-800-824-2656

**FLAGSTAFF**

2717 North Fourth Street,  
Suite 130  
Flagstaff, Arizona 86004  
Phone: 928-527-4104  
Toll Free: 1-800-540-5042

**YUMA**

3850 West 16<sup>th</sup> Street  
Suite A  
Yuma, Arizona 85364  
Phone: 928-782-0776  
Toll Free: 1-855-419-6527

**KINGMAN**

519 East Beale Street  
Suite 130  
Kingman, Arizona 86401  
Phone: 928-753-2828  
Toll Free: 1-888-300-8348